



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

**Año 2002**

**VII Legislatura**

**Núm. 489**

## SANIDAD Y CONSUMO

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FELICIANO BLÁZQUEZ SÁNCHEZ**

**Sesión núm. 25**

**celebrada el miércoles, 8 de mayo de 2002**

Página

### **ORDEN DEL DÍA:**

**Comparecencia del señor subsecretario de Sanidad y Consumo (Menéndez Menéndez) para informar sobre:**

- Las acciones emprendidas por el Ministerio para adecuar la distribución de medicamentos radiofarmacológicos a la normativa comunitaria y española. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000977) . . . . . 15752
- Las actuaciones del Ministerio en relación con la distribución y dispensación de medicamentos radiofarmacológicos. A petición del Gobierno. (Número de expediente 212/000978) . . . . . 15752
- Las actuaciones de su Ministerio en relación con las posibles irregularidades cometidas en la distribución y dispensación de medicamentos radiofármacos. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000410) . . . . . 15752

	Página
— Las acciones emprendidas por su Ministerio para adecuar la distribución de medicamentos radiofármacos a la normativa comunitaria y española. A solicitud del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida. (Número de expediente 213/000438) .....	15753
— El proceso de traspaso efectivo de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas y la situación de las obligaciones pendientes de pago generadas hasta el 31 de diciembre de 2001. A solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 213/000680). .....	15761

**Preguntas:**

— De la señora Pozuelo Meño (Grupo Parlamentario Socialista), sobre medidas para impedir el eventual paso del agente patógeno de la encefalopatía espongiforme bobina (EEB) a la cadena alimentaria humana. (Número de expediente 181/001435) .....	15774
— De la señora Valentín Navarro (Grupo Parlamentario Socialista), sobre situación actual de la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria. (Número de expediente 181/001438). .....	15776
— De la misma señora diputada, sobre política de personal de la ministra de Sanidad y Consumo tras las transferencias de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas. (Número de expediente 181/001257) .....	15777
— Del señor Fidalgo Francisco (Grupo Parlamentario Socialista), sobre medidas para garantizar la evaluación del estado de salud de los inmigrantes a su llegada a España. (Número de expediente 181/001433). .....	15779
— De la señora Pérez Domínguez (Grupo Parlamentario Socialista), sobre reuniones o contactos establecidos con las asociaciones de afectados por el síndrome de pospoliomielitis para realizar actuaciones divulgativas sobre las soluciones a su problemática. (Número de expediente 181/001445) .....	15781
— De la misma señora diputada, sobre el plan de información/formación realizado entre el personal de atención primaria y especializada sobre evidencia científica del síndrome de pospoliomielitis. (Número de expediente 181/001446). .....	15781
— De la misma señora diputada, sobre actuaciones para mejorar el diagnóstico y tratamiento del síndrome de pospoliomielitis. (Número de expediente 181/001447). .....	15781
— De la misma señora diputada, sobre análisis realizado sobre la incidencia y problemática del síndrome de pospoliomielitis. (Número de expediente 181/001448.) .....	15781

Se abre la sesión a las diez y treinta y cinco minutos de la mañana.

**COMPARECENCIA DEL SEÑOR SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO (MENÉNDEZ MENÉNDEZ), PARA INFORMAR SOBRE:**

— LAS ACCIONES EMPRENDIDAS POR EL MINISTERIO PARA ADECUAR LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS RADIOFARMACOLÓGICOS A LA NORMATIVA COMUNITARIA Y ESPAÑOLA. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000977)

— LAS ACTUACIONES DEL MINISTERIO EN RELACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS RADIOFARMACOLÓGICOS. A PETICIÓN DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000978)

— LAS ACTUACIONES DE SU MINISTERIO EN RELACIÓN CON LAS POSIBLES IRREGULARIDADES COMETIDAS EN LA DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS RADIOFÁRMACOS. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 213/000410)

— **LAS ACCIONES EMPRENDIDAS POR SU MINISTERIO PARA ADECUAR LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS RADIOFÁRMACOS A LA NORMATIVA COMUNITARIA Y ESPAÑOLA. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA. (Número de expediente 213/000438)**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión con el orden del día que SS.SS. conocen.

En primer lugar quiero dar la bienvenida al señor subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, don Domingo Menéndez, que comparece por segunda vez ante esta Comisión. De acuerdo con lo establecido en la reunión de Mesa y portavoces, el señor subsecretario intervendrá en primer lugar para informar sobre las comparecencias que figuran en el orden del día y contestará después a las preguntas que también figuran en el mismo.

Por acuerdo de Mesa y Portavoces se han unido en una única intervención las cuatro comparecencias que figuran como puntos 1.º, 2.º, 3.º y 4.º.

Para hacer su exposición, tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señoras y señores diputados, comparezco ante esta Comisión, a petición propia y de Izquierda Unida, para informar a SS.SS. sobre un tema de tanta importancia como es la distribución, dispensación y administración de los medicamentos radiofármacos, así como la adecuación normativa a las directivas comunitarias y la legislación española.

Señorías, antes de analizar el tema que hoy nos ocupa, se hace preciso recordar el nuevo marco creado como consecuencia del reciente proceso de transferencias del Insalud a las comunidades autónomas. Por lo que respecta al tema objeto de esta comparecencia, creo que es importante iniciar esta intervención recordando lo que se entiende por radiofármaco y, consecuentemente, lo que se debe entender por unidad de radiofarmacia. La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, regula los radiofármacos en los artículos 51 a 53, definiéndolos como cualquier producto que cuando esté preparado para su uso con finalidad terapéutica o diagnóstica contenga uno o más radionúclidos. El desarrollo de los anteriores artículos se hace por el Real Decreto 479/1993, en cuyos artículos 10 y 11 se define la preparación extemporánea y por quién y cómo ha de prepararse y se recogen los procedimientos de control como normas de correcta preparación. El término unidad de radiofarmacia aparece contemplado por primera vez en España en el Real Decreto 479/1993, por el que se regulan los medicamentos radiofármacos de uso humano. El artículo 11,

apartado b), especifica que la preparación extemporánea de radiofármacos y su correspondiente control de calidad deberán realizarse en la unidad de radiofarmacia, bajo supervisión y control de un facultativo experto en radiofarmacia. Además, el mencionado Real Decreto 479/1993 señala que la preparación extemporánea de un radiofármaco solamente se podrá efectuar si se cumplen los siguientes requisitos: la petición mediante prescripción médica; la preparación extemporánea en unidades de radiofarmacia realizada por una persona cualificada, bajo la supervisión y control de un facultativo experto en radiofarmacia; el cumplimiento de las normas de correcta preparación extemporánea de radiofármacos; y, dado el carácter especial de estos medicamentos, las responsabilidades de su buen uso recaerán en el responsable de la unidad de radiofarmacia, sin perjuicio de las competencias de los servicios de farmacia hospitalaria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley del Medicamento. Además, las unidades de radiofarmacia asumen funciones de distinta índole, como son las siguientes: la preparación de radiofármacos a partir de generadores o precursores y equipos reactivos; estudios diagnósticos programados o marcajes radiactivos a partir de muestras autólogas del paciente; controles de calidad y protocolos normalizados de trabajo.

Debo recordar asimismo los trámites que son precisos para alcanzar la acreditación de una unidad de radiofarmacia, que son, como ustedes saben, responsabilidad de las comunidades autónomas, siendo sus fases las siguientes: en primer lugar, autorización asistencial por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma correspondiente, previa constatación de los siguientes extremos: que el personal es el adecuado, es decir, especialización adecuada del responsable; que las instalaciones cumplen la normativa vigente y que el proceso sería el correspondiente a la incorporación a la cartera de servicios del hospital de la unidad de radiofarmacia, una vez comprobado que se cumple en todas las fases del proceso la normativa vigente. En segundo lugar sería precisa la autorización del Consejo de Seguridad Nuclear, así como del organismo con competencia en Industria de la comunidad autónoma correspondiente. Y en tercer lugar sería precisa la acreditación por el organismo competente en materia de sanidad de la comunidad autónoma en la que se va a implantar la unidad de radiofarmacia.

Es conveniente también insistir en que las exploraciones de medicina nuclear con fines diagnósticos son consideradas como de bajo riesgo, asociadas a baja dosis de irradiación, que carecen de acción farmacológica y con efectos secundarios inexistentes prácticamente, y que están controladas por el Consejo de Seguridad Nuclear.

En cuanto a la adecuación a la normativa europea, hay que indicar que los radiofármacos se incorporan

por primera vez a la legislación farmacéutica de la Comunidad Europea a través de la Directiva 89/343, que extiende a los radiofármacos el ámbito de aplicación de las directivas generales sobre medicamentos y establece disposiciones complementarias sobre los mismos. En España esto motivó un tratamiento específico, como ya hemos mencionado, en la Ley 25/1990, del Medicamento, citada al comienzo de mi intervención, en la que se considera a los radiofármacos como medicamentos especiales, que fue desarrollada con posterioridad por el Real Decreto 479/1993, al que ya he hecho mención también.

Por otra parte, y en lo que se refiere a la distribución al por mayor de los medicamentos radiofármacos, el Real Decreto 2259/1994, por el que se regulan los almacenes farmacéuticos y la distribución al por mayor de medicamentos de uso humano y productos farmacéuticos, ha traspuesto la Directiva 92/25 de la Comunidad Europea.

De este conjunto de legislación se desprende que: en primer lugar, las preparaciones extemporáneas de radiofármacos deben realizarse en unidades de radiofarmacia, que son unidades asistenciales, como ya hemos dicho antes, autorizadas por las comunidades autónomas; en segundo lugar, que la adquisición de los radiofármacos, especialidades que se autorizan por la Agencia Española del Medicamento, la debe realizar el servicio de farmacia hospitalaria. En definitiva, la autorización de unidades de radiofarmacia en centros sanitarios, el control de la distribución al por mayor y la dispensación y suministro de medicamentos radiofármacos son competencia de las comunidades autónomas.

Asimismo he de informarles que el establecimiento de la dependencia de las unidades de radiofarmacia de los hospitales es competencia de las gerencias de los diferentes hospitales, no existiendo una norma legal que obligue a integrarlo como unidad funcional en los servicios de farmacia hospitalaria, por lo que en algunos casos podrá depender funcionalmente de estos y en otros casos, por razón de eficiencia interna hospitalaria, podrá depender de los servicios de medicina nuclear. Lo mismo puede decirse en cuanto a la ubicación física de estas unidades de radiofarmacia, dejando al criterio de la dirección del hospital en dónde puede ser más eficiente para el paciente y para la institución su ubicación.

En definitiva, según el régimen de competencias que hemos expuesto, es competencia de las comunidades autónomas el desarrollo e implantación de las unidades de radiofarmacia, sin perjuicio de la función de vertebración y coordinación del Ministerio de Sanidad y Consumo. A este fin, y para facilitar el cumplimiento de la legislación vigente, se han celebrado reuniones en el marco del Consejo interterritorial y con las sociedades científicas implicadas en la utilización de radiofármacos. Así, desde que en octubre de 1994 se creó un

grupo de trabajo con expertos de la autoridad reguladora de medicamentos de la Sociedad Española de Medicina Nuclear y de la Sociedad Española de Radiofarmacia, se han celebrado diversas reuniones con el fin de promover el uso racional de los radiofármacos. A Partir de finales de 1998 se incorporaron al grupo de trabajo representantes de la Asociación Nacional de Especialistas en Radiofarmacia y diversos expertos externos. En el transcurso de las reuniones dos de las sociedades científicas (SERFA y ANERFA) firmaron un documento de consenso relativo al desarrollo de las unidades de radiofarmacia.

En línea con todo lo anterior, y a efectos de coordinar las actuaciones en esta materia, tanto en el año 2000 como en el año 2001 ha habido comunicaciones entre las administraciones que son competentes en la materia en las que se ponía de manifiesto la necesidad de autorizar unidades de radiofarmacia como unidades asistenciales que den cobertura a los hospitales. Como resultado de las reuniones mantenidas en el marco del Consejo interterritorial, la mayoría de las comunidades autónomas han tomado las medidas oportunas para que los radiofármacos se adquieran, al igual que cualquier medicamento, a través de los servicios de farmacia de los hospitales.

En cuanto a lo realizado por este ministerio en el ámbito Insalud, si SS.SS. me permiten, voy a hacer un breve repaso de las actuaciones que se desarrollaron en este ámbito hasta el momento efectivo de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. En primer lugar, se editó una guía de evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria en el año 1998, en la que se indicaba que los radiofármacos se adquirirían y dispensarían por los servicios de farmacia hospitalaria. En segundo lugar, se elaboró y difundió una encuesta con destino a todos los servicios de medicina nuclear de los hospitales gestionados por el Insalud, con el fin de conocer la situación en el año 2001. Analizados los resultados de la elaboración de dicha encuesta, se constató que el servicio de farmacia hospitalaria no estaba suficientemente involucrado en todos los casos en la dispensación de radiofármacos; que las unidades de radiofarmacia se encontraban generalmente ubicadas en los servicios de medicina nuclear, que eran los que disponían de la autorización, acreditación y control por parte del Consejo de Seguridad Nuclear como instalaciones radiactivas de segunda categoría en el momento de realizarse el estudio y que era necesario acometer una serie de medidas de adecuación de algunos centros para habilitar adecuadamente las unidades de radiofarmacia.

En función de estos resultados se tomó la decisión de remitir a los gerentes de los centros que disponían de medicina nuclear en su cartera de servicios un escrito en el que se señalaba que el aprovisionamiento y dispensación de radiofármacos era responsabilidad de la unidad de farmacia hospitalaria. Se acometieron

también las inversiones necesarias para que se llevara a cabo la acreditación definitiva —que, como hemos dicho ya, corresponde a las comunidades autónomas— de cinco unidades de radiofarmacia en el hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, en la Comunidad Autónoma de Baleares; en el hospital Infanta Cristina de Badajoz, en la Comunidad Autónoma de Extremadura; en los hospitales de La Paz y 12 de Octubre, en Madrid; y en el hospital Virgen de Arrixaca, en Murcia. De estos hospitales, Son Dureta, Virgen de la Arrixaca y La Paz disponen de acreditación docente, es decir que sus facultativos han formado como expertos en la materia a los primeros especialistas en radiofarmacia. También se tomó la decisión de que en el año 2002 hubiera al menos una unidad de radiofarmacia acreditada en cada comunidad autónoma en la que el Insalud fuera el responsable de la asistencia sanitaria, situación que, una vez producido el hecho de la transferencia, deberá ser estudiada por cada comunidad autónoma.

Por último, quisiera manifestar a SS.SS. el compromiso del Ministerio de Sanidad de ir adoptando progresivamente las medidas que se vayan aprobando en lo que a los radiofármacos se refiere en el contexto de la Unión Europea.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Gracias, señor subsecretario por su comparecencia ante esta Comisión. Yo había pedido la comparecencia de la ministra hace ya más de año y medio porque entendía que éste era un tema importante, y no obstante agradezco, como digo, su presencia y sus explicaciones respecto al tema que nos ocupa, que no es otro que la gestión de la distribución y el control de los radiofármacos a lo largo y ancho de España.

El Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida ha traído a esta Comisión el problema de los radiofármacos en numerosas ocasiones, por estar preocupados por el cierto descontrol que se produce respecto a estos medicamentos en nuestro país. En todas las ocasiones hemos recibido una respuesta similar del Gobierno, que ha sido la de negar los hechos o tachar nuestra preocupación de alarmismo sin fundamento, y francamente, señorías, nosotros seguimos insistiendo porque entendemos que éste es un problema en el que sí tiene que ver el Ministerio de Sanidad, más allá de que conocemos el marco competencial y sabemos que es un problema que preocupa y que hay que resolver.

Después de la denuncia que se presentó ante la Unión Europea contra el Estado español por los especialistas en radiofarmacia por incumplimiento de la

legislación comunitaria —porque claro, las directivas se trasponen, pero hay que ejecutarlas, y no se ha ejecutado la trasposición—, y ante algunas preguntas parlamentarias formuladas por mi grupo parlamentario, estamos ya recibiendo del Gobierno algunas contestaciones más concretas —nobleza obliga, hay que reconocerlo—, pero ha sido necesario llegar a la denuncia comunitaria contra España para que el Ministerio de Sanidad reaccione y se entere de que hay realmente un problema serio con los medicamentos radiofármacos en nuestro país.

Según la contestación a una de las preguntas parlamentarias formuladas por esta diputada, los laboratorios farmacéuticos e importadores de medicamentos están autorizados por el Real Decreto 1564/1992 y sólo están autorizados para realizar las funciones indicadas en el mismo. En la contestación se indica de forma clara que la dispensación de medicamentos, incluidos los radiofármacos, corresponde a los servicios farmacéuticos de los hospitales. Las respuestas son del Gobierno y las tengo aquí. Sin embargo, el Gobierno rechaza cualquier responsabilidad en la implicación de los laboratorios farmacéuticos en la dispensación de radiofármacos a los servicios de medicina nuclear e incluso la instalación de dependencias de dichos laboratorios en los hospitales públicos, alegando que la responsabilidad es únicamente, una vez más, cómo no, de las comunidades autónomas, que lo habrían consentido sin que el Ministerio de Sanidad hubiera tenido la oportunidad de intervenir en esta irregularidad. Esto, señorías, señor subsecretario de Estado, es falso. Es cierto que ha habido dos comunidades autónomas que han ofertado concursos para dispensación de radiofármacos en sus hospitales públicos, y dichos concursos fueron adjudicados a dos laboratorios que nosotros entendíamos en su día que no podían realizar esta función por ser incompatible con su propia actividad, según la interpretación que hacemos nosotros de la Ley del Medicamento —que me parece que es poco interpretable, francamente—, pero no es cierto que el Ministerio de Sanidad se pueda ir de rositas en este asunto y no tenga nada que ver, pues es el máximo responsable. En primer lugar, hay empresas autorizadas, no una ni dos, sino varias, como laboratorios farmacéuticos, según el real decreto mencionado con anterioridad, cuya función principal es la dispensación de radiofármacos en forma de monodosis. Yo podría poner casos concretos y creo que debo hacerlo: Catalana de Dispensación, Sociedad Anónima, y las dos plantas de Moly Farma de Madrid y de Aldaya, en Valencia. Estas empresas fueron autorizadas por el Ministerio de Sanidad, la primera por la Dirección General de Farmacia y las últimas por la Agencia Española del Medicamento. Pero hay más: en algunos hospitales públicos del Insalud también se han ofertado concursos para el suministro de radiofármacos en monodosis de medicina nuclear. Nosotros

entendemos que este suministro es ilegal, y se realiza en varios hospitales públicos de Madrid y en Zaragoza concretamente también hay instaladas dependencias de uno de los laboratorios que he citado con anterioridad. Señor subsecretario, estos concursos no han sido ofertados por las comunidades autónomas, como dice la respuesta del Gobierno, sino por los gerentes de los hospitales mencionados, que, como usted muy bien sabe, pertenecían al Insalud. Pero hay más, nosotros creemos que hasta la fecha no existe ni una sola unidad de radiofarmacia legalmente autorizada, a pesar de que el Insalud aprobó y publicó en el año 1997 una guía de gestión de servicios de farmacia hospitalaria en la que se contempla la creación de las unidades de radiofarmacia integradas en los servicios farmacéuticos de cada hospital. Esto quiero decir, en definitiva, señorías, señor subsecretario, que la dispensación de radiofármacos en nuestro país, al igual que la distribución, se está realizando si no de forma ilegal, sí de forma claramente irregular.

Como ve, nosotros insistimos en la responsabilidad del Ministerio en este descontrol de los radiofármacos y pensamos que sus responsabilidades no terminan aquí, porque algunos laboratorios realizan una distribución de medicamentos directamente a los servicios médicos, a pesar de estar prohibido expresa y claramente en la Ley del Medicamento. Y si han instalado dependencias en los propios hospitales para realizar dispensación, permítame que le diga, señor subsecretario, que no puede ser esta responsabilidad imputable a las comunidades autónomas únicamente, sino que una parte también fundamental afecta a la responsabilidad que tiene el Ministerio de Sanidad como garante máximo de la salud de los españoles y de las españolas.

En definitiva, nos gustaría saber por qué han sido tan lentos o por qué la inspección farmacéutica de la Agencia del Medicamento no ha detectado estas irregularidades. Francamente, en esta cuestión de radiofármacos, dicho con todos los respetos, y particularmente a usted, que tiene poca responsabilidad y que es nuevo en este cargo —me gustaría poder decírselo, créame, con absoluta sinceridad a la señora ministra, porque es a quien corresponde oírlo—, yo le pongo a la ministra la misma nota que el señor Aznar nos pone a otros: cero patatero. Es decir, la gestión a este respecto, cero patatero.

Usted sabe que hay una sentencia del Tribunal Supremo del año 1998 sobre el recurso contra el Real Decreto 479/1993, sentencia que, por cierto, el Gobierno publicó en el «BOE» y a la que ordenó dar cumplimiento y que no ha cumplido, y nosotros preguntamos por qué no se ha cumplido esta sentencia. ¿Cuánto tiempo puede tardar el Ministerio de Sanidad en modificar un real decreto en el sentido que indica la sentencia del Tribunal Supremo? No sé si esto es más complicado de lo que mi modesta sabiduría puede

alcanzar. Por tanto, pedimos que se investigue lo que ha sucedido en su ministerio con los radiofármacos, en la Dirección General de Farmacia y en la Agencia Española del Medicamento, porque evidentemente nosotros no tenemos ningún afán, en la actividad parlamentaria, y mucho menos cuando se trata de la Comisión de Sanidad, donde se habla de la salud, que es un derecho esencial en democracia, de hacer demagogia ni venimos a ponerles colorados; venimos a pedirles que se pongan a trabajar para resolver el problema y evitar que se siga trabajando con cierta frivolidad en esta cuestión y que tengamos que enterarnos, por ejemplo, de lo que sucede con la urea radiactiva. Tenemos constancia todos de que ha habido un cierto consentimiento por parte de la Subdirección General de la Agencia del Medicamento en la administración a pacientes de productos radiactivos no autorizados, como la urea radiactiva. Esta es una de las cosas que el ministerio ha negado ante esta Comisión y ante Europa. Sinceramente, yo dudo que se pueda controlar a la Agencia o a los laboratorios mientras se permite por otro lado la distribución y el uso de productos no autorizados. No puede decir el Ministerio como respuesta que no tenía noticias, porque en el año 2000 los especialistas de radiofarmacia se lo expusieron directamente en una carta dirigida a la ministra; pero es que además hay denuncias presentadas por ADEPA y hay multitud de documentación que acredita que nuestra preocupación es legítima y que debería ser, en definitiva, compartida.

Para terminar, quiero decirles que en nuestra opinión el descontrol en esta materia puede ser en gran parte consecuencia de una normativa desacertada e imprecisa que no habla de ninguna de las tres cuestiones claves como son la distribución, la gestión y la dispensación de los radiofármacos. Por tanto, entendemos que debería modificarse la normativa vigente en la línea de dar cobertura a todas estas cuestiones que, de acuerdo con la Ley del Medicamento naturalmente, vienen generando este descontrol, que entendemos que no es de recibo que continúe y que si bien es verdad —y todo hay que decirlo— que no empieza con el Gobierno popular, sino que es algo anterior, ustedes llevan seis años gobernando y nosotros entendemos que en ese tiempo no han hecho nada para arreglar este problema. Esa es la razón por la que el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida ha pedido esta comparecencia, y más allá de que agradecemos las oportunas explicaciones del subsecretario, legítimamente tenemos opinión propia.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Entendía que iba a haber una contestación del subsecretario, como es práctica habitual en las comparecencias, pero si el presi-

dente quiere que intervenga en nombre de mi grupo, lo hago con mucho gusto.

Quiero decir en nombre del Grupo Socialista que subrayo y comparto el grueso de la información y del planteamiento que ha hecho la señora Castro en la Comisión. Señor subsecretario, hace cuatro años, en marzo de 1998, estábamos hablando de esta cuestión, a instancias también del Grupo de Izquierda Unida, con el que entonces era subsecretario del ministerio, señor Castellón, y dijo exactamente lo mismo que ha venido a decir usted, que hay una ley, que hay una directiva y que esto es competencia de las comunidades autónomas. Él lo tenía más difícil porque entonces había unas cuantas comunidades autónomas que no tenían transferido el Insalud y por tanto era competencia directa del Insalud, pero, independientemente de eso, yo creo que no es de recibo, señor subsecretario, que el Gobierno venga al cabo de cuatro años, después de haber hecho una comparecencia aquí en la que se comprometió a subsanar los problemas de la dispensación de radiofármacos en términos generales, y nos diga exactamente lo mismo. No es de recibo por varias razones. Y con esto abro un paréntesis para decirles que ustedes, que están tan acostumbrados a dirigirse al Grupo Socialista diciendo que tenemos historia —y evidentemente la tenemos y estamos orgullosos de ella— también tienen historia. Simplemente le recuerdo esa comparecencia de hace cuatro años para decirles que ustedes tienen historia y que no hacen los deberes, porque hay un problema de dispensación, pero antes de este problema hay otro de acreditación de profesionales, que corresponde al Ministerio de Educación y Cultura y por tanto depende de ese ministerio la acreditación y depende de la coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo que haya plazas de MIR, QIR o FIR que puedan especializarse en radiofármacos.

Ustedes tienen que aclararse de una vez por todas en una cuestión, y es si los servicios de farmacia hospitalaria van a englobar las unidades de radiofarmacia o no, porque parece que no lo tienen claro. Si es así, dígase claramente y póngase a funcionar así, pero no nos digan que esta es una cuestión de las comunidades autónomas —que efectivamente tienen la competencia de crear las unidades de radiofarmacia—, porque si alguna comunidad autónoma no cumple, y no se está cumpliendo, ustedes tienen una responsabilidad constitucionalmente clara, que es la alta inspección, y ustedes no pueden de ninguna de las maneras permitir esto echando balones fuera y diciendo que las comunidades autónomas presumiblemente no cumplen y por tanto el Gobierno, si no cumplen las comunidades autónomas, ya les ha llamado al orden —por utilizar una expresión coloquial— en el Consejo interterritorial, porque ustedes tienen esa capacidad de la alta inspección, que no pueden delegar en absoluto. Este es un tema muy serio porque se están haciendo ensayos

clínicos, algunos autorizados y otros no autorizados, con medicamentos radiofármacos. La señora Castro ha hablado de la urea radiactiva, y yo puntualizo que es la urea marcada con el carbono 14. Ese es un ejemplo, pero se están haciendo con otros. ¿Por qué? Porque, al margen del primer problema, que es quién está autorizado, y que es el Ministerio de Educación el que tiene que decidir quiénes son los competentes en radiofarmacia, llega el problema de la distribución, que es el que ha dicho la señora Castro y que es que hay una directa distribución a los servicios de medicina nuclear. No echen balones fuera también diciendo que como los servicios de medicina nuclear dependen del Consejo de Energía Nuclear, el Gobierno tampoco tiene competencias en esta historia. ¿Para qué sirve el Gobierno entonces? Si el problema es de las comunidades autónomas y del Consejo de Energía Nuclear, ¿qué hace usted aquí? El Gobierno podía haber dicho que no tiene competencias en esta materia y rehuir esta comparecencia. No es así, tienen ustedes todas las competencias para poder regular esta cuestión, entre otras, la competencia de la iniciativa legislativa para reformar, como bien se ha dicho, el Real Decreto de 1993. Por tanto, no vengan echando balones fuera, ustedes no han hecho los deberes.

Primer problema, pues, el Ministerio de Educación y Ciencia; segundo problema, la alta inspección; tercer problema, hay especialistas en radiofarmacia que están en paro porque no se están creando los servicios suficientes de radiofarmacia, y cuarto problema, hay ensayos clínicos no autorizados que se están llevando a la práctica desde los servicios equis —vamos a llamarles así—, porque se dispensan medicamentos de radiofarmacia a través de los servicios de medicina nuclear y por lo tanto no lo controlan, como dice la ley, los especialistas en radiofarmacia o los farmacéuticos. Este es el problema, que ustedes no pueden evadir y que es un problema serio.

Es verdad que las pruebas diagnósticas, como usted dice, tienen bajo riesgo en la utilización de los radiofármacos que se utilizan en medicina nuclear, eso es verdad, pero no tiene nada que ver con lo que estamos discutiendo aquí.

Es el control de los medicamentos radiofármacos el que se le exige al Gobierno que regularice y controle. Y esa es la cuestión a la que tiene usted que responder, señor subsecretario. No puede volver a decirnos lo mismo que hace cuatro años.

El señor **PRESIDENTE:** Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Señor subsecretario, muchas gracias en nombre de la formación política a la que represento por las explicaciones dadas, pero me permitirá que le manifieste ya que no encuentro tan claro, tan explícito o tan solucionador —si se me per-

mite emplear la expresión— de todos los problemas el marco normativo actual en relación con el asunto que hoy nos trae, que es la regulación actual de la radiofarmacia.

Es claro que existe la Ley del Medicamento y todos conocemos los preceptos que se podían aplicar a esta materia, como el Real Decreto 479 de 1993 y el Real Decreto 2259 de 1994, aplicables al almacenamiento farmacéutico, pero también es cierto que las unidades de radiofarmacia que se autorizan en los hospitales tiene un encaje directo en esta normativa y se deben autorizar por las comunidades autónomas. Es, efectivamente, competencia autonómica. Ahora bien, usted ha hecho referencia a otro proceso que se ha producido en fecha reciente, si bien mi comunidad autónoma —la comunidad vasca— gestiona la sanidad desde hace más tiempo. ¿Qué ocurrirá cuando comunidades autónomas que han recibido las transferencias o las que las venimos gestionando desde hace tiempo decidan, en uso de sus potestades de autoorganización, un sistema distinto de la administración o la gestión hospitalaria de la radiofarmacia? Es el caso que se ha producido en la administración vasca, que hoy en día está resuelto pero que ha sido un camino de obstáculos que la legislación no resuelve directamente. Me gustaría preguntarle por qué hay comunidades autónomas que lo han resuelto de forma distinta y se ha considerado válido desde la Administración central. En muchos casos, como le indico, no tiene justificación desde el punto de vista de la rentabilidad —al fin y al cabo es una finalidad pública, y los poderes públicos tienen que evitar el despilfarro al gestionar su presupuesto público—, pero también desde otros puntos de vista, como el de la calidad y el de la seguridad, que se montan unidades de este tipo en todos los hospitales. Es la gestión hospitalaria la que está claramente solucionada. Hay dificultades para encontrar profesionales especialistas expertos en radiofarmacia, los preparados tienen una vida muy corta, y esto genera importantes problemas de logística y caducidad. Por todo ello resulta que en algunas ocasiones los poderes públicos competentes —yo conozco el caso de la administración vasca, pero les puede pasar a otras comunidades autónomas que a partir de ahora gestionen su sanidad— pueden decidir crear una sola unidad de radiofarmacia centralizada. Usted sabe que Euskadi es pequeño, por lo que con una única unidad centralizada nos bastaba y nos parecía que se podía prestar muy adecuadamente el servicio de que se trata y además con notable ahorro de gasto público, fin que nos parece, repito, también atendible junto con los objetivos estrictamente sanitarios.

Existe pues la posibilidad de crear unidades externas centralizadas y que éstas sean las encargadas de la fabricación de radiofármacos, pero en ese caso esas unidades, si aplicamos la normativa que es previa, por cierto, a los dos decretos citados que hacen referencia

directamente a la radiofarmacia, se consideran laboratorios y la autorización de todo laboratorio ya no corresponde a las comunidades autónomas, sino a la Agencia del Medicamento. Esto ha sido así en el caso vasco y así se nos ha exigido; sin embargo, tengo entendido que recientemente Galicia ha creado una unidad externa de las hospitalarias y se ha permitido en su normativa que sea autorizada por la propia comunidad autónoma. Quisiera saber si esto es así, porque para nosotros de la normativa estatal, repito, el Real Decreto 1564/1992, que desarrolla la Ley del Medicamento, se deduce que es la Agencia del Medicamento la que debe autorizar si se trata de laboratorios externos, si bien esta autorización a la que se refiere el Decreto de 1992 no se refiere específicamente a radiofármacos, sino a laboratorios en general. Pero las unidades que fabrican radiofármacos son laboratorios, sin embargo, en Galicia, repito, se ha considerado que era la propia comunidad autónoma podía hacer una regulación específica sin pedir esta autorización a la Agencia del Medicamento. No sabemos si tiene algo que ver que en Galicia esté gestionando la sanidad un Gobierno con idéntico color que el que la gestiona en el Estado. Nos gustaría saber cómo se encaja esta competencia, que desde nuestra perspectiva dista mucho de estar clara.

En el caso de la adjudicación efectuada en el ámbito vasco a una unidad externa centralizada, han existido problemas, si bien es cierto que nunca desde las instancias centrales, que son las que se puede decir que tienen encomendada la tutela de la legalidad en materia sanitaria o podían tener encomendados fines sanitarios concretos que les podían hacer recelar de un sistema previamente a la petición de la autorización a la que me refiero. Los denunciantes de la creación de esta unidad centralizada han sido siempre posibles competidores, es decir, lo que ha estado en juego han sido intereses claramente mercantiles de quien no era el laboratorio. Yo, al contrario que la señora Castro, me resisto a hacer publicidad de laboratorios concretos de quienes no eran, repito, los adjudicatarios de la unidad que pretendía crear el Gobierno vasco. Por lo tanto, repito que creo que los problemas se residenciaban en el terreno de lo mercantil o económico, jamás en el terreno de la mejor tutela de intereses sanitarios. Con todo, como conocerá el señor subsecretario, a partir del año 2001, en fecha reciente, se han pedido desde la Administración central las autorizaciones con todos los sacramentos —vamos a llamarlos así—, incluida la obtención de la autorización sanitaria correspondiente que ha sido concedida por la Agencia Española del Medicamento, y creo que en fecha reciente estará capacitada para entrar en funcionamiento la unidad externa que se ha creado en el ámbito vasco. Pero repito que la pregunta que le formulo es si lo ve así también en los casos en que se decida crear unidades externas, es decir, si en el caso de una forma de ges-



tión distinta de la hospitalaria está justificada la entrada de la Agencia del Medicamento o si, por el contrario, habría que modificar la normativa previa a la existencia de las unidades de radiofarmacia, que es de 1992, y por tanto adecuar la legislación del medicamento para que aun en el caso de opciones de gestión distintas, sea posible que sean las propias comunidades autónomas las que lo autoricen, como, repito, ha hecho Galicia. Quisiera que me aclarara esto, porque teniendo en cuenta el puzzle que ha sido esta normativa y que las 17 comunidades autónomas van a gestionar la sanidad, sería bueno que todos supiésemos dónde estamos en el momento presente.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Castillo.

El señor **CASTILLO JAÉN**: Muchas gracias, señor subsecretario, por su profunda explicación sobre la normativa, desarrollo y actuaciones del ministerio con respecto a los radiofármacos, cuestión que no es novedosa en esta Comisión sino recurrente y cíclica. Digo recurrente porque en las tres legislaturas en las que yo he sido miembro de esta Comisión cada cierto tiempo ha venido este tema a colación, y casi siempre por motivos externos a la Comisión y acompañado de otros intereses coincidentes en el tiempo.

He prestado mucha atención a las intervenciones de mis compañeros y creo que se han suscitado dos debates importantes. En primer lugar, si la legislación que existe ahora mismo es adecuada a nivel nacional para controlar perfectamente el funcionamiento de esta cuestión una vez producido y completado el sistema transferencial que nuestra Constitución indica, y en segundo lugar, si las responsabilidades de las comunidades autónomas se están cumpliendo.

Con motivo de esta comparecencia he leído la legislación española, y está claro que el ministerio está cumpliendo la ley en vigor. Eso ténganlo claro sus señorías. No hay más que dirigirse a los artículos adecuados de la Ley del Medicamento, que es la que regula estrictamente este tema y que tiene pocos artículos.

Con respecto a si las comunidades autónomas están desarrollando sus competencias de manera adecuada, hemos estado luchando muchísimos años por que las comunidades autónomas reciban todas sus competencias en el período descentralizador y para que las asuman con absoluta responsabilidad, decoro y decencia. Cuando una comunidad autónoma incumple ahora sus competencias, no podemos volver a papá Gobierno a pedirle responsabilidades. Las responsabilidades las tiene quien las tiene y las debe tener quien las tiene ahora. Hay que pedirle la primera responsabilidad al que no cumple. Señorías, yo entiendo que puede haber unas indicaciones y que puede haber un Consejo interterritorial donde se debatan las cuestiones sanitarias de las comunidades autónomas, pero quien tiene la res-

ponsabilidad no puede eludirla, y si nosotros amparamos políticamente desde aquí la falta de responsabilidad de algunas comunidades autónomas, estaremos abriendo una puerta para que en el futuro no se responsabilicen y no cumplan lo que se les ha transferido. Si la legislación no es totalmente adecuada, hágase una legislación. Hemos hablado de alta inspección, que es muy importante, es cierto; pero la alta inspección no se puede desarrollar hasta que no esté completado el período transferencial, y a partir de ahora con una normativa podrá empezarse a desarrollar la alta inspección, en lo que nuestro grupo está totalmente de acuerdo ahora mismo.

En cuanto a involucrar a las comunidades autónomas en que cumplan con la acreditación de que los servicios de farmacia incluyan a las unidades de radiofarmacia, esto depende única y exclusivamente del consejero, a través de los correspondientes servicios de salud de las comunidades y de los gerentes, que son los que tienen la obligación de decir dónde tiene que estar involucrada la unidad de radiofarmacia y responsabilizar al farmacéutico director del servicio de farmacia hospitalaria a que asuma las competencias de dispensación y control de los medicamentos radiofármacos. Pero no está aquí en principio. Poner en marcha una norma legal que obligue a integrar esa unidad de radiofarmacia como unidad funcional en los servicios de farmacia sí puede ser una obligación de este Parlamento, pues en este momento hay un vacío, y me parece que en el desarrollo de las especialidades de radiofarmacia hay una puerta abierta para que las unidades de radiofarmacia, a través de la farmacia hospitalaria, tengan una relevancia mayor que la han tenido hasta ahora por el sistema actual. Por ello, nuestro grupo está totalmente de acuerdo en esa iniciativa.

Para terminar, quiero puntualizar lo siguiente. Nos parece muy bien que se realicen diferentes debates sobre las responsabilidades, pero desde mi punto de vista y desde el punto de vista de mi grupo el ministerio ha cumplido estrictamente la legislación vigente en el territorio español. **(La señora Castro Fonseca pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Pido la palabra, señor presidente, no sé por qué artículo porque, como siempre digo, no me sé el Reglamento ni me lo pienso aprender porque no tengo tiempo para eso. **(Risas.)** Por juicios de valor en la intervención del portavoz del Grupo Popular, le agradecería muchísimo, señor presidente, que me permitiera intervenir.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Como dice el señor Blanco, he sido contradicha. Pero no, he sido

más. Señor Castillo, yo soy una diputada que no necesita publicitarse: soy respetuosa, responsable y huyo de la demagogia constantemente, y no le voy a permitir a usted, bajo ningún concepto, que diga que este debate se produce en el seno de esta Comisión por intereses ajenos a la misma. Fíjese lo que sabe usted del tema. Estas irregularidades que está denunciando Izquierda Unida desde hace años y desde que ustedes gobiernan, no son gratis, señor Castillo, cuestan 10.000 millones de pesetas a la sanidad pública española y además se está jugando con la vida y con la salud de los pacientes, puesto que cada año se hacen miles de pruebas diagnósticas muy serias, por ejemplo, que nos afectan a las mujeres —aprovecho para transversalizar con el feminismo porque es muy necesario— que tienen, por ejemplo, cáncer de mama, cientos de mujeres que necesitan un medicamento que no está autorizado para ese diagnóstico, y usted dice que nos mueven otros intereses. Le ruego que explique aquí públicamente, alto y claro, cuáles son los intereses a los que se refiere y, en caso contrario, retire, por favor, lo dicho, porque a Izquierda Unida sólo le mueve un interés en esta Comisión y en este Parlamento: el noble interés de defender los derechos inalienables de los ciudadanos españoles. ¿Está claro, señor Castillo? De manera que su impotencia y su rabia se produce, ¿sabe por qué? Porque ustedes han sido incapaces de presentar un plan serio a esta Comisión ni a este Parlamento para la normalización de los medicamentos radiofármacos, ajustándolos al cumplimiento estricto de la normativa. Ustedes han sido incapaces, y su incapacidad no se puede traducir en que escupa usted con tal falta de estilo parlamentario. Yo le quiero mucho a usted, le tengo mucho cariño y tenemos amigos comunes (**Risas.**), pero no me lo imaginaba diciéndome algo tan grave en una comisión parlamentaria. Yo nunca voy a defender nada que tenga que ver con intereses ni espurios ni personales. Estoy aquí para representar a los madrileños y a las madrileñas y me siento orgullosa de mi coherencia personal y no le voy a tolerar a ningún diputado ni a ningún partido, y menos al Partido Popular, que me diga a mí que vengo aquí a defender intereses que no tienen que ver con los derechos de los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Castillo.

El señor **CASTILLO JAÉN**: Siento que mi compañera, la señora Castro, que tanto cariño me demuestra, se ponga nerviosa y ofuscada, que no ha sido ni mi interés ni la presunción de mi intervención. Si en algo yo molesto a alguna compañera que siempre se ha avenido a cualquier consenso y dentro de lo razonable, siento haberla molestado, pues no ha sido en absoluto mi intención, ni personalmente ni a su grupo.

Sí quiero decirle, señora Castro, que las intervenciones, para que tengan rigor y sean respetadas, tienen que ser serias. Usted no puede mezclar ensayos clínicos que están en una legislación con pruebas diagnósticas, con control de radiofármacos, etcétera, y crear un popurrí que intente desgastar a un Gobierno serio que está haciendo una labor excepcional. Usted no puede venir aquí a desgastar la credibilidad de un gobierno. Lo siento. (**La señora Castro Fonseca: Sí, pero yo no voy a tolerar esto.**)

El señor **PRESIDENTE**: Señor Castillo y señora Castro, no voy a y a tolerar que se reabran debates. (**La señora Castro Fonseca: No es mi intención, pero es una intervención carente de rigor.**) Señor Castillo, únicamente tiene la palabra al objeto de aceptar o rechazar la propuesta de la señora Castro.

El señor **CASTILLO JAÉN**: Señor presidente, ¿sigo en el uso de la palabra?

El señor **PRESIDENTE**: Un minuto, señor Castillo.

El señor **CASTILLO JAÉN**: Sólo quiero decirle que esta intervención la he repetido siempre en todos los períodos de sesiones, señora Castro. No se ofenda S.S. y no se ponga nerviosa, puesto que mi intervención siempre es en defensa del Gobierno. Le he dicho también a su antecesora que vigilen siempre quiénes son sus informadores, puesto que ellos sí pueden tener otros intereses. Le voy a leer, si me lo permite, la intervención en el año 1998 en este Parlamento. Esta intervención la realizó doña Ángeles Maestro en los mismos términos, en el año 1998, y el director general de Farmacia le contestaba diciéndole que no había habido ninguna denuncia interterritorial de este tipo. No se ha tramitado ninguna denuncia. Si lo que usted quiere es desgastar las actuaciones de un Gobierno que, repito, ha cumplido estrictamente lo legislado, está usted en su derecho, pero si lo que quiere es defender la salud de los españoles, como nosotros queremos, esa es otra vía, señora Castro.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Efectivamente, el ministerio tiene determinadas competencias en materia de radiofármacos. Yo he centrado mi intervención en lo que se refiere a las competencias en la creación de las unidades de radiofarmacia, pero en este ámbito hay determinadas competencias del ministerio, que el ministerio ejerce, por supuesto, con absoluta sujeción a la normativa vigente, por ejemplo, en lo que se refiere a la autorización de los radiofármacos —que ustedes han mencionado— por parte de la Agencia y a la autorización de los ensayos clínicos correspondientes, que por

supuesto se ejerce con todo rigor y seriedad. Asimismo desarrolla un papel esencial en la creación de especialistas, vía MIR, y saben ustedes que desde el año 1993 hasta 1999 han salido una serie de promociones con un total de 35 especialistas, que actualmente están en formación, ocho especialistas en la promoción del año 200-2001 y cinco especialistas de la promoción 1999-2000. Se van a incorporar otros cinco a la preparación de la convocatoria 2001-2002, y nosotros seguiremos fomentando la formación de especialistas en radiofarmacia. Por supuesto que el ministerio de Sanidad y Consumo tiene también un papel coordinador y vertebrador que se refleja, por ejemplo, en el Consejo interterritorial, en el que actualmente se está estudiando en la comisión de prestaciones el protocolo de los radiofármacos PET

Quiero dejar constancia de que hay una serie de competencias que corresponden al ministerio y las ejerce. No se trata aquí de decir que no tenemos nada que ver con el tema, sino que específicamente, en lo que es la creación de las unidades de radiofarmacia, la competencia radica en las comunidades autónomas. Ustedes deben entender que nosotros seamos absolutamente escrupulosos en cuanto a la gestión de esas competencias de la comunidad autónoma. Con esto respondo a la amable intervención de la señora Castro y a la del señor Blanco, si bien me sorprende un poco la insistencia del señor Blanco en que la intervención del subsecretario es exactamente la misma que hizo el subsecretario señor Castellón hace unos años, porque salvo que el señor Castellón tuviese la capacidad de adivinar las medidas que iba a tomar el Insalud en el año 2001 se me escapa esa posibilidad. He hecho referencia en mi exposición a las medidas que el Insalud tomó al respecto, ejerciendo sus competencias en la materia en las comunidades autónomas en las que en ese momento la asistencia sanitaria era competencia del Estado. He hablado de inversiones que se hicieron en cinco comunidades autónomas, he hablado de una encuesta sobre la situación en la que se encontraban los servicios de radiofarmacia y es evidente, por la intervención que he hecho, que el Insalud, en el momento en que se encontraba en el ámbito del ministerio de Sanidad, asumió sus competencias con rigor y tomó una serie de medidas en orden a la ordenación y potenciación de las unidades de radiofarmacia.

Por último, en contestación a la señora Uría, dada la concreción de su pregunta le remitiré una contestación escrita en breve con todo el detalle que requiere.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Blanco.

El señor **BLANCO GARCÍA**: Simplemente quería hacer amablemente una aclaración al señor subsecretario respecto a si el señor Castellón adivinaba con cuatro años de antelación la intervención que él iba a realizar aquí. Las palabras que dijo el señor Castellón están

en el “Diario de Sesiones”. En el año 1997, señor subsecretario, por parte del Gobierno, más concretamente por la Subdirección General de Coordinación Administrativa, que dependía del señor Castellón, se hizo una guía de gestión de los servicios de farmacia hospitalaria y ya se decía que se iba a poner en marcha lo que usted nos ha venido a contar aquí, que ya lo dijo el señor Castellón. Ni yo soy adivino ni él tampoco. Lo que sucede es que no han hecho nada en cuatro años. Esta es la prueba palmaria de esta cuestión.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Quiere agregar algo, señor subsecretario? (**Denegaciones.**)

— **EL PROCESO DEL TRASPASO EFECTIVO DE LA GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LA SITUACIÓN DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES DE PAGO GENERADAS HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2001. A SOLICITUD DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 213/000680)**

El señor **PRESIDENTE**: El siguiente punto del orden del día es la comparecencia de la ministra de Sanidad y Consumo, que ha sido subsumida por el señor subsecretario (**Rumores.**) para que informe sobre el proceso del traspaso efectivo de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas y la situación de las obligaciones pendientes de pago generadas hasta el 31 de diciembre de 2001, solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señorías, a petición del Grupo Socialista, comparezco ante esta Comisión para informar sobre el proceso de traspaso efectivo de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas y la situación de las obligaciones de pago generadas hasta el 31 de diciembre de 2001.

Como ya ha expuesto en una anterior comparecencia la ministra de Sanidad y Consumo, con la entrada en vigor de los reales decretos de transferencias aprobados por el Gobierno en el Consejo de Ministros de 27 de diciembre último ha culminado uno de los objetivos fundamentales del Gobierno para esta legislatura y, por ende, la consecución del compromiso electoral de completar el mapa del Sistema Nacional de Salud. Con el traspaso de las funciones, bienes y servicios del Insalud a las comunidades autónomas de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia, es decir, de las 10 comunidades autónomas que aún no las habían recibido, hemos culminado en un corto espacio de tiempo un largo camino —más de

20 años—, iniciado en 1981 con la descentralización en la Comunidad Autónoma de Cataluña, descentralización sanitaria que, de acuerdo con lo contemplado en la Ley General de Sanidad, cierra el modelo del Sistema Nacional de Salud y facilita que el ciudadano sea la piedra angular del sistema sanitario al estar la gestión del mismo más próxima a sus beneficiarios, ya que ahora son los gobiernos de las distintas comunidades autónomas los que deben decidir sobre la utilización de recursos y dispositivos sanitarios. Por otra parte, con el efectivo traspaso de las competencias en materia sanitaria, el Estado deja de ser un gestor para situarse como vertebrador del sistema, debiendo dedicar una especial consideración a la garantía del mantenimiento del sistema sanitario como tal sistema unitario, preservando su cohesión y coherencia para garantizar el mantenimiento de la igualdad, la solidaridad, la equidad y la universalidad que inspiran nuestro Sistema Nacional de Salud. En todo caso, estoy seguro de que no se les escapa a SS.SS. que con la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de los reales decretos de traspaso de funciones y servicios del Insalud no se completó el traspaso efectivo de los mismos a las 10 comunidades autónomas. El Insalud es un organismo de una importante complejidad y que hasta el momento de las transferencias venía siendo de alguna manera el referente de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas que ya habían recibido las transferencias sanitarias con anterioridad. Además, los sistemas de información asistencial, económicos y de recursos humanos, la gestión de la prestación farmacéutica, la gestión de las obras y del suministro de productos de elevado volumen o coste—como por ejemplo la alta tecnología— el seguimiento presupuestario, la informática, la política de personal y la gestión de las bases de datos de aseguramiento estaban centralizados en los servicios del Insalud para el conjunto de los centros sanitarios y direcciones provinciales y territoriales de las 10 comunidades autónomas que acaban de recibir las transferencias. Esto llevó a que los reales decretos sobre traspaso de funciones y servicios contemplaran un periodo transitorio de tres meses, ampliable por otros tres a petición de la comunidad autónoma a los efectos de garantizar la continuidad de los servicios para que la adaptación de los sistemas presupuestarios, contables y de gestión de pagos no supusiera ninguna discontinuidad y evitar así la posibilidad de causar alguna interrupción que afectara a cualquiera de los múltiples agentes intervinientes en el proceso de asistencia sanitaria. Este periodo transitorio no ha tenido lugar para la Comunidad Autónoma de Murcia, ya que no se contempló en el real decreto correspondiente, por lo que desde el 1 de enero del año 2002 ya contaba con sus sistemas presupuestarios, contables y de gestión de pagos adaptados.

Con el objetivo de facilitar la adaptación y establecer el tipo de colaboración, que no de cogestión, del

Insalud con las distintas comunidades autónomas durante el periodo transitorio, se programaron por acuerdo entre los responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo y los consejeros de las 10 comunidades autónomas reuniones específicas de la Dirección General del Insalud y de todas las Subdirecciones Generales del mismo Insalud con representantes de las consejerías competentes en materia de sanidad y/o de los servicios autonómicos de salud. La Comunidad Autónoma de Murcia también participó en estos encuentros a los efectos de que la Consejería de Sanidad, Servicio Regional de Salud, dispusiera de una toma de contacto lo más amplia posible también sobre todos los aspectos económicos, asistenciales, contratación, recursos humanos, informática y de ámbito administrativo que debían ser conocidos y debatidos ante la nueva responsabilidad que asume la comunidad autónoma. Las reuniones realizadas tuvieron lugar en los servicios centrales del Insalud entre los días 8 y 21 de enero, con el objetivo de dar a conocer a cada comunidad autónoma los aspectos más relevantes que conformaban los ámbitos de actuación de la entidad. Admitánme, señorías, exponerles las cuestiones más importantes que se trataron en esas reuniones.

En lo que se refiere al ámbito económico presupuestario, en un primer término se transmitió que el Insalud había dado cuenta, con fecha 29 de diciembre, a todos los centros de gestión hasta ese momento integrados en su red que pasaban a depender desde el día 1 de enero de la comunidad autónoma correspondiente, por haber asumido las transferencias sanitarias con efectos del mismo día. Esto supone que los criterios y directrices a partir de esa fecha serían los que establecieran las comunidades autónomas correspondientes. Por otra parte, se estableció también en esas reuniones para todas las comunidades autónomas, a excepción de Murcia, y con el fin de que los sistemas presupuestarios, contables y de gestión de pagos se encontrasen adaptados, mantener un sistema presupuestario, contable y de gestión de pagos que se centró básicamente en lo siguiente. Cada centro de gestión del Insalud ubicado en una comunidad autónoma dispondría del presupuesto de gastos asignado para el año 2002, a través del sistema contable de la Seguridad Social, con las consiguientes descentralizaciones de crédito para que pudieran llevar a cabo las acciones necesarias en ese periodo transitorio, ya que las dotaciones presupuestarias consignadas en el presupuesto de 2002 elaborado por el Insalud para cada centro de gestión permitían efectuar la gestión de los servicios objeto de traspaso. No obstante, se comentó también en estas reuniones que aquellas situaciones específicas que se dieran en el ámbito presupuestario y que fueran requeridas por la comunidad autónoma serían atendidas y resueltas de manera inmediata por el Insalud. Por otra parte, siguiendo también con la gestión presupuestaria y con el sistema que se estableció en el periodo transitorio,

las operaciones de gestión presupuestaria de los créditos asignados se realizarían por los órganos competentes de cada centro de gestión con sujeción a las normas presupuestarias y contables de la Seguridad Social, así como a su normativa específica de gestión presupuestaria. Los órganos competentes de cada centro de gestión actuarían en nombre del Insalud para la autorización de las operaciones de gestión presupuestaria, a pesar de su dependencia de cada comunidad autónoma, debiendo cumplir la normativa económica presupuestaria del Insalud. La Tesorería General de la Seguridad Social mantendría los procedimientos de gestión de pagos de cada uno de los centros de gestión que han sido transferidos a las comunidades autónomas, siendo de aplicación a dichos procesos la normativa de la Seguridad Social. La Intervención General de la Seguridad Social mantendría los servicios de control, intervención e información y procesamiento contable en los mismos términos que lo ha venido haciendo con anterioridad al traspaso y con la aplicación de las normas y procedimientos a que estaban sujetos dichos centros antes de dicho traspaso. Hasta aquí la descripción de cómo iba a ser la forma de funcionar del proceso económico-presupuestario contable durante el período transitorio. Además, es necesario hacer constar que durante este período transitorio se exige, a los efectos de realizar las operaciones de liquidación del presupuesto ejecutado, una vez terminado este proceso, un seguimiento diferenciado por cada comunidad autónoma y en este sentido la Intervención General de la Seguridad Social estableció los mecanismos oportunos para ello. Como no podía ser de otra manera, y S.S.SS. han de comprender, el Insalud puso de manifiesto a las distintas comunidades autónomas la necesidad de colaborar y trabajar directamente con los centros de gestión que hasta el 31 de diciembre del año 2001 dependían de la entidad, todo ello bajo un esquema de transparencia, colaboración institucional y respeto absoluto a las competencias de cada comunidad autónoma.

En cualquier caso, señorías, no por la importancia de los procesos económico-presupuestarios se obviaron otras muchas cuestiones. Cada subdirector general expuso en esas reuniones la situación de los temas de su competencia y suministró toda la información necesaria sobre las actividades más relevantes tanto en el ámbito general como en las específicas de cada comunidad autónoma. Así —y sin ánimo de ser exhaustivo— se entregó la siguiente documentación. Las bases de datos correspondientes al sistema de información asistencial de atención primaria, el SIAE, sistema de información de atención especializada, la lista de espera quirúrgica desde el año 1996, el CMBD de altas hospitalarias desde el año 1996 y de actividad ambulatoria de los dos últimos años, el SICAR o sistema de información de cartera de servicios, el mapa de recursos de atención especializada, el sistema de información de conciertos,

etcétera. Por lo que se refiere a la gestión de la tarjeta sanitaria individual, en la actualidad se mantienen las bases de datos centrales y el soporte a la base de datos de la tarjeta, lo que asegura el mantenimiento de la homogeneidad. Se ha ultimado la modificación que permite adaptar el sistema para la gestión autonómica descentralizada de los aspectos relevantes para cada comunidad autónoma. Insisto en que son los temas que se abordaron en esas reuniones y que se pusieron de manifiesto a las comunidades autónomas. Les estoy hablando a ustedes como si estuviera hablando a las comunidades autónomas en aquellas reuniones.

Por lo que se refiere a la gestión de la prestación farmacéutica se planteó que seguiría vigente hasta noviembre de 2002 el convenio firmado con la Corporación Farmacéutica, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ya que el Insalud no accedió en el año 2001 a la negociación del convenio solicitado por la corporación en atención y respeto a la inminencia de asunción de competencias en esta materia por parte de las comunidades autónomas. Por lo que se refiere a la base de datos digitales, que sustituye a la anterior SIFAR, se puso también de manifiesto en esas reuniones que estaba siendo probada en la provincia de Burgos, hallándose prevista su generalización a finales de este semestre. Respecto a la gestión de obras, instalaciones y suministros se informó de la previsión de traslado de todos los expedientes, lo cual ha sido una tarea ingente y laboriosa que se culminó dentro del plazo de tres meses establecido en los reales decretos de transferencias. Para la gestión presupuestaria de las inversiones se decidió habilitar crédito suficiente a las antiguas direcciones territoriales para hacer frente a las necesidades de los meses iniciales de cada una de las comunidades autónomas. Se concretaron, asimismo, aspectos referidos a los distintos contratos de suministros y de servicios centralizados —por ejemplo, uno que era básico como es el suministro de recetas—, garantizando por parte del Insalud el suministro de recetas a todas las comunidades autónomas hasta el momento en que cada una de ellas se hiciera cargo del mismo, imputándose, como no puede ser de otra forma, posteriormente el coste correspondiente a cada una de las comunidades autónomas. Por su importancia e inminencia se acordó también que se procedería al pago de la prima de seguro de responsabilidad civil correspondiente al año 2002 por parte del Insalud para posteriormente imputar la parte correspondiente a cada comunidad autónoma en el momento de liquidar el presupuesto. Con referencia a la gestión de recursos humanos se entregó toda la documentación disponible sobre normativas, acuerdos, pactos y actas de mesa sectorial, así como la que afectaba a nóminas, formación y acción social, estado de situación de conciertos con universidades y escuelas de enfermería, relación de expedientes en curso y convenios de formación. Igualmente se entregaron las plan-

tillas de cada centro de gestión con sus correspondientes situaciones administrativas. Como SS.SS. conocen, una de las líneas en las que más se ha avanzado en los últimos años en el Insalud ha sido la de las tecnologías y sistemas de la información. Hay que reseñar que las iniciativas de envergadura como la informatización de centros de salud, la renovación tecnológica de hospitales y desarrollo y mantenimiento de sistemas centrales se hallan prorrogados y esa prórroga incluye la unidad de atención al usuario —UAU— durante el período transitorio. En materia de telecomunicaciones se indicó en esas reuniones que la titularidad de las líneas debía cambiarse a nombre de la comunidad autónoma pudiendo mantenerse de manera provisional el centro de gestión centralizado de Telefónica, así como algunas conexiones de servicios centrales con las antiguas direcciones territoriales. Hasta aquí la relación de lo que se trató en esas reuniones y la documentación que se les dio. Sé que les he aburrido un poco, pero he querido de alguna forma ser explícito para que sean conscientes de la cantidad de información y de documentación que se aportó en las primeras reuniones de las comunidades autónomas, que por supuesto se completó con toda aquella información complementaria que cada una de las comunidades autónomas solicitó al Insalud a mayores de lo que en su momento se les aportó.

Como ya he referido a SS.SS. el período transitorio finalizaba el 31 de marzo salvo para aquellas comunidades autónomas que solicitaron su prórroga. Con anterioridad a la finalización del período inicial, la Comunidad Autónoma de Madrid solicitó, con la antelación recogida en el real decreto de traspaso de funciones y servicios, dar por finalizada la transitoriedad el día 28 de febrero. Por el contrario, solicitaron prorrogarlo y por tanto continúan en el período transitorio como máximo hasta el 30 de junio próximo las comunidades autónomas de Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Asturias.

Además de estas reuniones generales, se han celebrado y siguen celebrándose múltiples encuentros monográficos entre los responsables de las distintas áreas de las consejerías o servicios autonómicos de salud y sus homónimos del Insalud en un clima de elevada colaboración por ambas partes; quiero insistir en esto, en un clima de elevada colaboración y cordialidad entre ambas partes. Hay que destacar también, señorías, la importante colaboración que se ha producido con las comunidades autónomas por parte del Insalud facilitando el desplazamiento de técnicos de sus servicios centrales a las mismas siempre que fueron requeridos. Como otro ejemplo más de la colaboración podemos mencionar a la oficina de supervisión de proyectos del Insalud, que ha estado, está y seguirá estando a disposición de aquellas comunidades autónomas que lo han requerido mientras constituyen su propia oficina de supervisión.

El otro tema importante a tratar en esta comparecencia, que ha sido planteado por el Grupo Socialista, es el referido a las obligaciones de pago generadas hasta el 31 de diciembre del año 2001. Hay que señalar que los reales decretos de transferencias establecieron que el cierre del sistema de financiación sanitaria para el período 1998-2001 se realizaría por cuenta de la Administración general del Estado, incluyendo el cierre de todas las obligaciones exigibles —y esto es importante, señorías— hasta el 31 de diciembre del año 2001 pendientes de aplicar a presupuesto; las que estaban aplicadas a presupuesto, evidentemente, y las que estaban pendientes de aplicar a presupuesto. Insisto en que estamos hablando de obligaciones exigibles a 31 de diciembre del año 2001. En consecuencia, la Administración general del Estado asumirá el pago de todas las obligaciones reconocidas a 31 de diciembre de 2001. Reconocimiento que, por otra parte, y de acuerdo con el texto refundido de la Ley General Presupuestaria sólo es exigible una vez acreditada su realización, acto que se corresponde con la presentación de la factura. Es decir, sería a partir de la fecha de presentación de la factura cuando podría procederse al reconocimiento de la obligación, de acuerdo también con lo establecido en la Regla 23 de la Orden de 1 de febrero de 1996, por la que se aprueba la Instrucción operatoria contable a seguir en la ejecución del gasto del Estado, reguladora de la materia. En resumen, señorías, de acuerdo también con lo previsto en los reales decretos de transferencias, la Administración general del Estado debe asumir exclusivamente toda obligación reconocida mediante la presentación de la factura con anterioridad al 1 de enero del año 2002, siendo por cuenta de la comunidad autónoma correspondiente toda obligación reconocida con posterioridad al 31 de diciembre del año 2001.

Para finalizar mi intervención, señorías, quisiera destacar el cumplimiento del Gobierno del compromiso de realizar las transferencias sanitarias a las 10 comunidades autónomas del artículo 143 de la Constitución española y expresar mi reconocimiento a la labor desarrollada por el Insalud en sus casi 23 años de existencia y al modélico desarrollo de traspaso efectivo realizado por sus directivos y funcionarios.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Valentín.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Señor subsecretario, el Grupo Socialista pidió la comparecencia de la señora ministra de Sanidad para que nos explicara, porque creemos que los ciudadanos españoles tienen derecho a saber, cómo se llevó a cabo el proceso de negociación, cómo se transfirió la asistencia sanitaria de las comunidades autónomas y sobre todo qué ocurre con todas aquellas obligaciones generadas con anterioridad al 31 de diciembre no satisfechas económicamen-

te en su momento y que al parecer tienen que asumir ahora las comunidades autónomas; es decir, que tenemos que pagar los ciudadanos de cada uno de nuestros territorios.

Antes de empezar me gustaría dejar claro que el único interés que mueve al Grupo Parlamentario Socialista a la hora de presentar esta solicitud de comparecencia de la ministra —que por cierto tiene dos partes: la primera qué ocurre con las obligaciones pendientes de pago y la segunda cómo se ha desarrollado el proceso de transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social— es la defensa de los intereses de los ciudadanos. Siento que no nos mueva la defensa del Gobierno porque aquí como diputados estamos elegidos por los ciudadanos para defenderlos y representarlos en el Parlamento, con independencia del signo político del Gobierno. Espero que no consideren tampoco esta solicitud de comparecencia de la señora ministra para que nos explique este tema como un desgaste al Gobierno, porque no sé si saben SS.SS. que una de las funciones que la oposición tiene encomendadas es la de controlarlo, y la estamos ejercitando también en este momento. Pero ¿por qué pedimos la comparecencia de la señora ministra? Hoy es 8 de mayo de 2002 y, ya que la señora ministra no se ha querido acercar a darnos explicaciones, creo que ya es hora de que algún responsable del Ministerio de Sanidad explicara a los grupos políticos y a los ciudadanos el tema de las transferencias sanitarias, porque hasta este momento los grupos parlamentarios no hemos tenido conocimiento y sobre todo no han venido a darnos ningún tipo de explicación. Entiendo que la señora ministra sea reacia a venir al Parlamento, que le cueste trabajo arrancar y venir al Congreso de los Diputados a dar explicaciones; puede que sea desgana, desidia o que tenga otro tipo de ocupaciones internas en este momento que le imposibilite, venir al Congreso de los Diputados.

Señor Menéndez, esta transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria es una de las más importantes que van a recibir las comunidades autónomas a lo largo de su historia y supone el traspaso a 10 comunidades autónomas con fecha 1 de enero de 2002, cuando la última transferencia que se hizo fue a la Comunidad canaria en el año 1994. Ha habido un parón importante de siete años en el que no se ha hecho ningún traspaso, a pesar de que las comunidades autónomas tenían interés y algunas de ellas lo habían solicitado formalmente. Esta transferencia supone que más de 14 millones de ciudadanos van a ver cómo reciben asistencia sanitaria de otra administración distinta a la que lo estaba haciendo hasta ese momento, una transferencia cuantitativamente hablando de más de 1 billón 700.000 millones de pesetas. Me gustaría, señor Menéndez, si es posible, que desde el punto de vista cuantitativo nos dijera exactamente cuánto ha importado la transferencia sanitaria a las comunidades autónomas y cuál es la

cantidad de dinero que ha recibido cada una de ellas como consecuencia de este traspaso de competencias. Efectivamente estamos ante un escenario nuevo y, señor Menéndez, tiene razón cuando dice que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene que actuar como elemento vertebrador del Sistema Nacional de Salud. ¿Para cuándo la famosa ley de coordinación que la señora ministra anunció que iba a presentar a finales del mes de febrero y estamos a mitad de mayo y todavía no tenemos conocimiento ni siquiera del borrador? Un elemento vertebrador desde el punto de vista formal sería que antes de haber hecho el traspaso a las comunidades autónomas de la gestión de la asistencia sanitaria hubiéramos tenido aprobada esa famosa ley de coordinación que defina papeles de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y sobre todo que defina cómo van a intervenir las comunidades autónomas en este nuevo escenario a la hora de la toma de decisiones.

Señor Menéndez, me preocupa profundamente la interpretación que hace el Gobierno —no sé basándose en qué— de que las comunidades autónomas tienen que correr con el gasto de determinadas facturas, todas ellas obligaciones generadas antes del 31 de diciembre, y que por el mero hecho de presentarse formal y materialmente la factura el 1 de enero ya dicen ustedes que tienen que pagarla las comunidades autónomas. Vamos a ver si somos capaces de situarnos en el momento último del traspaso de las competencias y no en los preliminares, en que por supuesto había otra serie de propuestas en el sentido que ustedes en este momento pretenden. Por ejemplo, en las ponencias técnicas celebradas en el mes de noviembre del año 2001, en el anexo letra f) del apartado 3 decía: La comunidad autónoma equis —Castilla-La Mancha que es la mía, por poner un ejemplo— asume el pago de todas las obligaciones generadas por los centros de gastos del Insalud en el territorio de la comunidad autónoma que no hayan sido reconocidas mediante el correspondiente documento contable de reconocimiento de la obligación fase 0 en la fecha de efectividad del traspaso. En el mes de noviembre el Gobierno pretendía que las comunidades autónomas lo firmaran para hacerse cargo de todas aquellas obligaciones que estuvieran en esta situación. Señor Menéndez, esto no es lo que definitivamente se aprueba en los decretos de traspaso de competencias. Lo que se aprueba en los mismos, en la misma letra f) del anexo apartado 3, es, y leo textualmente: El cierre del sistema de financiación de la asistencia sanitaria para el periodo 1998-2001 será asumido por la Administración general del Estado; a estos efectos se entiende como cierre del sistema la liquidación de las obligaciones exigibles hasta el 31 de diciembre de 2001 y pendientes de imputar a presupuesto. Me gustaría señor Menéndez, ya que la ministra no ha venido, que le trasladara que no nos quedemos en el mes de noviembre cuando se proponía

que las comunidades autónomas asumieran todos esos pagos, sino que nos vayamos aunque sea al 28 de diciembre, a pesar de ser el día de los inocentes, porque creo que queda en esa cláusula perfectamente claro a quién corresponde la obligación. Es de sentido común. ¿Cómo una obligación generada durante el año 2001 por el Insalud ahora va a pretender que la pague la comunidad autónoma? La lógica y el sentido común se tienen que imponer incluso en el Ministerio de Sanidad y Consumo, señor Menéndez, para resolver este tipo de cuestiones. ¿Es actuar con decoro y con decencia por parte del Ministerio de Sanidad decir que las comunidades autónomas se tienen que hacer cargo de la factura farmacéutica del mes de diciembre, que asciende a 36.191 millones de pesetas, entre ellas 3.200 millones a Aragón, 2.900 millones a Asturias, 1.700 a Baleares, 1.200 a Cantabria, 4.600 a Castilla-La Mancha, 5.900 a Castilla y León, 2.700 a Extremadura, 658 a La Rioja, 10.000 millones de pesetas a Madrid y 2.984 a Murcia? ¿En qué se basan, sinceramente para decir que la factura farmacéutica generada en el mes de diciembre tiene que pagarla cada comunidad autónoma? No me sirve la explicación que he visto ya a través de medios de comunicación, que como el Insalud ha pagado ya doce mensualidades no puede pagar trece; que como la factura farmacéutica se paga en enero, aunque generada la obligación en el mes de diciembre, no la puede pagar el Insalud. Señor Menéndez, la Seguridad Social de los trabajadores se genera en diciembre y se paga en enero. ¿La van a dejar ustedes también de pagar y se la van a imputar a las comunidades autónomas? ¿Qué diferencia hay entre una obligación y otra? Pero no solamente es eso. Todas las comunidades autónomas de cualquier signo político —tengo recortes de prensa de La Rioja, Castilla y León, Murcia, Cantabria y Baleares— dicen que no van a asumir la factura farmacéutica, que van a adelantar el pago porque los proveedores no tienen ninguna responsabilidad en la irresponsabilidad del Ministerio de Sanidad en este caso o del Gobierno de España, pero que van a reclamar por todos los medios a su alcance porque no pueden hacer que sus ciudadanos paguen este tipo de gastos y de obligaciones —termino, señor presidente— generados en el mes de diciembre.

No solamente es el gasto farmacéutico. ¿Me quiere explicar el señor subsecretario por qué existen obras sin expediente administrativo formalizado, con proyecto complementario ejecutado, sin expediente y sin consignación presupuestaria, y por qué ahora vienen a reclamárselo a la comunidad autónoma correspondiente cuando son obras responsabilidad del Insalud iniciadas hace algún tiempo y no terminadas? Para poner algún ejemplo me voy a quedar en mi comunidad autónoma: obra de construcción del hospital de Ciudad Real, sin expediente, primer modificado 1.254 millones de pesetas, segundo modificado 1.250 millones de

pesetas; repito que sin expediente. El constructor viene a reclamárselo al Gobierno regional de Castilla-La Mancha. ¿Qué pasa con esta obra, con estos proyectos modificados y complementarios que no tienen expediente administrativo ni consignación presupuestaria y que son responsabilidad del Ministerio de Sanidad, del Insalud? ¿Qué pasa con la productividad variable del año 2001 que las comunidades autónomas no pueden satisfacer a sus profesionales porque tampoco se ha hecho la provisión o el traspaso correspondiente de este dinero? Incluso hay cantidades pendientes de conciertos; la Junta de Extremadura se encuentra con conciertos por importe de 1.169 millones de pesetas que no reconoce el ministerio cuando los había hecho el mismo. No es de recibo que ante estos interrogantes los representantes de la Intervención General de la Seguridad Social zanjen la discusión diciendo: se puede o no se puede compartir nuestro criterio, pero es este y no es otro. Si esto es así, me gustaría que la señora ministra fuera a cada una de estas comunidades autónomas a explicar a los ciudadanos, por ejemplo, que en Castilla-La Mancha son 11.000 millones de pesetas los que de repente han aparecido en concepto de factura farmacéutica, de obras o de productividad variable, que no estaban previstos en ningún sitio y a los que la comunidad autónoma ahora tiene que hacer frente.

Señor subsecretario, me gustaría que nos respondiera a todas las cuestiones que hemos planteado y sobre todo a las preguntas que se formulan desde la oposición por escrito referidas a indicadores correspondientes a los años 2000 y 2001. Por ejemplo, el año pasado preguntamos cuáles eran los 10 principales proveedores de productos y medicamentos farmacéuticos en los hospitales, cuál era la facturación total de cada uno de ellos, cuáles eran los medicamentos o los productos suministrados por cada uno de ellos. Nos responde ahora el Ministerio de Sanidad con dos letras prácticamente diciendo que como las comunidades autónomas han recibido la transferencia con fecha 1 de enero nos dirijamos a los correspondientes gobiernos regionales. Sinceramente, el único calificativo que esto me merece es impresentable, porque son indicadores que tiene el Ministerio de Sanidad referidos a los años 2000 y 2001 y está claro que la ministra no tiene ninguna voluntad de dar información y de hacer transparente la gestión del Ministerio de Sanidad.

No hemos hablado de las listas de espera. Usted ha hablado de las listas de espera de cirugía, por cierto colgadas en la página *web* del Ministerio de Sanidad, cuando se deshizo la señora ministra de la gestión de la asistencia sanitaria. Señor Menéndez, ¿nos puede decir cuáles son las listas de espera, desagregadas por comunidades autónomas, de consultas externas y pruebas diagnósticas? Esas no aparecen en la página *web* del ministerio. Creo que la gente tiene derecho a saber en qué condiciones reales, no teóricas, se hizo el traspaso a las comunidades autónomas.



Gracias, señor presidente, por la benevolencia en el tiempo y espero, señor subsecretario, que nos conteste a todas estas preguntas que el Grupo Socialista ha presentado.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra la señora Riera.

La señora **RIERA I BEN**: Señor Menéndez, voy a hacer una breve intervención más a título de reflexión y, si se me permite un poco la petulancia, como representante que soy del grupo político que tiene el Gobierno de la Generalitat de Catalunya y que por tanto ostenta el privilegio de ser los más antiguos entre todas las comunidades del Estado español en tener competencias en materia de sanidad. Sabe usted —lo ha recordado en su comparecencia— que la Generalitat de Catalunya tiene las competencias en materia de sanidad desde el año 1981. Por tanto, en base a esta experiencia y en base a lo que mi Gobierno en Cataluña, para bien y para mal, puede aportar, quiero hacer esta reflexión, simplemente para que sea un punto de apoyo más a lo que otros grupos pueden decir.

Decía usted, señor Menéndez, que ha sido un éxito del Gobierno formalizar, de acuerdo con el compromiso que había adoptado, el traspaso de las competencias en materia de sanidad a las comunidades que aún dependían del territorio Insalud. Coincidimos plenamente con esta valoración que usted ha hecho; tanto es así que mi grupo parlamentario llevaba años reclamando que se acabasen de formalizar las competencias, entre otras cosas porque tiene algo de interés propio. Mi grupo parlamentario siempre había sostenido que en el momento en que se formalizasen todas se visualizaría, entre otras cosas, que las comunidades que teníamos las competencias desde hace años estábamos muy mal financiadas para ejercer la responsabilidad que teníamos asumida. O sea, el interés solidario con otras comunidades que mostrábamos tenía también —no me da vergüenza decirlo— algo de interés propio, y era visualizar que con el traspaso se evidenciaría que a pesar de los distintos incrementos que diferentes gobiernos habían ido aplicando al presupuesto sanitario, que sabe usted perfectamente que además era un presupuesto que tenía un carácter aparte del de la financiación autonómica y que era finalista, a pesar de esto era insuficiente. Nosotros siempre decíamos que haría falta que todas las comunidades tuviesen las competencias para que fuesen sensibles a esta evidencia que de manera flagrante vivíamos y sufríamos los que las teníamos. Desgraciadamente parece que teníamos mucha razón y, a pesar de que me complazco en reconocer —porque es mérito del Gobierno pero también de todos aquellos que hemos negociado— que en su globalidad el actual acuerdo de financiación mejora las expectativas que teníamos en esta materia, también admito,

entiendo y comprendo las quejas que puede haber en este momento desde algunas comunidades que habiendo recibido las competencias en materia sanitaria se encuentran que abren el cajón y salen facturas. Esto es muy grave, señor Menéndez; es muy grave que entremos en esta situación. Nosotros siempre hemos defendido (por tanto hoy aquí con mi discurso no hago más que reiterar una aportación del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió que no tiene nada de novedosa, no la acabo de inventar) que no hay nada más nefasto para visualizar la bondad de que cada comunidad sea autónoma, dando pleno sentido a lo que ya en la Constitución y con los estatutos de autonomía de las comunidades hemos querido hacer con este Estado de las autonomías, que entre otras cosas no es sólo que tengamos más gobiernos, no es sólo que queramos reconocer —que queremos— la identidad de comunidades como la mía, que nos reclamamos una identidad propia claramente avalada por la historia, sino que incluso en aquellas comunidades que si no hubiera sido por la reivindicación histórica de otras, nunca se hubieran planteado que tenían derecho a un gobierno autónomo, los que somos de partidos de color político como el mío pensamos que el gobierno de las autonomías tiene, *per se*, una gran ventaja que él sólo puede dar, que es mejorar el servicio a los ciudadanos, que la proximidad mejora el servicio, la atención a los ciudadanos. Esto que para nosotros siempre ha sido así, incluso antes de que estuviese de moda, tiene una trampa que puede ser mortal, y es que se dé la competencia sin la capacidad crematística, la capacidad presupuestaria. Y que esta competencia se pueda desarrollar con la dignidad y la calidad de servicio que los ciudadanos reclaman, porque el resultado que se obtiene es inversamente proporcional al que en principio se pretendía. Si en el caso de la sanidad, se vende, que con la formalización del traspaso de las competencias hemos conseguido —reitero que así lo creemos nosotros— un gran avance para todos los ciudadanos, si se vende que estamos convencidos de que este traspaso debe significar una mejora de la calidad, una mejora sobre el estándar que hay, aunque nosotros siempre hemos defendido —y no en exclusividad de Cataluña, no pretendo tener este privilegio— que la sanidad en el conjunto del Estado español es buena, observamos que uno de los avances importantes alcanzados en todos estos años de democracia ha sido el de trabajar para mejorar la sanidad, trabajar conjuntamente y muchas veces de manera transversal, a pesar de las diferencias políticas entre Gobierno y oposición de turno. A pesar de todo esto, el traspaso de las competencias es evidente que debe significar un plus; un plus de proximidad, un plus de estar atentos a las diferencias de cada comunidad, un plus de gestionar cada uno de la mejor y más adecuada manera a su realidad histórica y social sus necesidades de salud, y esto sólo se consigue con el traspaso de competencias.

No voy a entrar porque no me compete —para esto está usted en representación del Gobierno o ya lo hará el Grupo Popular que naturalmente ha dicho que defiende al Gobierno— en si la situación que ahora se da es la de traspasos mal financiados o no. No me compete a mí este papel, pero sí creo que es prudente, solidario —si me permite la expresión— y hasta cierto punto ilustrativo que en virtud de esta experiencia que nosotros hemos acumulado más que nadie dejemos constancia del grave problema que representa cuando una comunidad asume un servicio de estas características, porque todos somos usuarios del sistema de salud en un momento u otro y en más o menos grado a lo largo del año. Esto ni siquiera es comparable con la Ley de las universidades porque hay muchos españoles que nunca irán a la universidad, por desgracia —¿me explico?—, pero al sistema de salud acudiremos todos. Pienso que no hay nada más importante que hablar de salud y, por tanto, asegurarnos de que las transferencias se han hecho con esta suficiencia financiera que debe formar parte inseparable del compromiso que adoptó el Gobierno y que nosotros celebramos.

Le diré otra cosa. No es mi intención, porque no sería correcto, responsabilizar a este Gobierno de todos los males, porque experiencias en este sentido las hay y las ha habido. Simplemente quiero dejar constancia de que, de volver a incurrir en errores de otro tiempo, estaríamos matando lo que es un gran avance y un gran progreso y estaríamos frustrando unas expectativas, lo que es un lujo que no nos podemos permitir. Nadie se ha cuestionado que primar la calidad en el sistema de salud sea una de las prioridades de este Gobierno, como lo fue de los anteriores, como lo es para el Gobierno de la Generalitat de Catalunya, pero seamos conscientes y realistas de que en el tema de salud, como en casi todos, primar el servicio de calidad es garantizar a los ciudadanos del conjunto del Estado, aunque ahora estamos hablando desde el punto de vista de las autonomías, de la descentralización, que todos juntos vamos a trabajar para mejorar aún más el servicio que se da, lo que también significa básicamente garantizarles que hemos aportado la partida presupuestaria correspondiente. Y en un momento en que esta partida presupuestaria no es finalista sino que va englobada dentro del sistema de financiación de las comunidades, más que nunca debemos hilar muy fino.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Vasco, PNV, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Además de dar las gracias al señor subsecretario, quiero pedirle perdón por mis entradas y salidas, vinculadas a la dimensión del grupo parlamentario al que pertenezco y a los múltiples requerimientos de los que esa dimensión hace que una sea objeto. También le agradezco la manifestación que ha hecho y que me ha sido trasladada por

el presidente de que contestará por escrito a mi inquietud, que —repito— en este momento es más jurídica que práctica puesto que desde la Administración vasca se ha procedido a pedir la correspondiente autorización a la Agencia del Medicamento.

Señor subsecretario, si me lo permite, le he visto muy proclive al reconocimiento de competencias de las comunidades autónomas y, como los nacionalistas siempre pedimos —ya lo sabe—, voy a aprovechar para pedirle una muy sencilla, que completaría el sistema en nuestro caso, que es la de ejecución de la legislación de productos farmacéuticos. La tienen reconocida bastantes comunidades autónomas, entre ellas Cataluña, Valencia o Baleares, pero nosotros no. Y no tiene costo financiero, fíjese, no les cuesta nada, pero sí nos daría la inspección a la Comunidad Autónoma vasca, lo cual hasta un tiempo relativamente reciente no ha tenido mucha importancia puesto que en Euskadi estaba instalado un único laboratorio importante, pero ahora ya son bastantes más, fruto del cambio que ha tenido la trama del tejido industrial en mi tierra basada antes sólo en el hierro, pero a partir de tiempos recientes también en la investigación y en tecnologías avanzadas. Es esta —repito— una competencia que otros tienen y no entiendo por qué nosotros no.

Yendo al tema de la comparecencia actual, y con un contenido distinto del que hasta ahora han manifestado los portavoces de los grupos que han intervenido, quisiera hablarle de algo que creo que está pendiente respecto de las comunidades autónomas que asumimos las competencias con anterioridad, pero que a mi modo de ver se ha solucionado de una forma defectuosa en relación con las que las acaban de recibir. Le sonará —porque hemos sido muy reivindicativos respecto de esto y en fecha reciente lo hice objeto de pregunta en el control parlamentario de los miércoles al señor ministro de Administraciones Públicas— que le diga que creemos que nos falta, aunque nos corresponda, tener la titularidad de los inmuebles afectos a lo que antes era la Seguridad Social, al Sistema Nacional de Salud, que hoy en día están afectos a la prestación sanitaria que cada una de las comunidades autónomas hemos asumido. En los decretos de transferencias de la primer etapa, en el nuestro en concreto, se dice que nos transfieren esos bienes para la prestación del servicio, excepto su titularidad, pero también se dice que este sistema es transitorio. Queda claramente establecido pues se dice: Este sistema se configura como transitorio hasta que se den las condiciones para la asunción por la Comunidad Autónoma del País Vasco de la plena titularidad. Le estoy leyendo el mío, pero el catalán es idéntico, así como los de las demás comunidades que asumieron previamente las competencias. ¿Cuáles eran estas condiciones para la asunción de la plena titularidad? Que nosotros sepamos —nunca se me ha desmentido por ningún representante de la Administración central— una era que se cumpliese el

que todas las comunidades autónomas asumiesen sus competencias y así pudiese repartirse este patrimonio entre todos, y otra importantísima que ya se ha producido es que la financiación de la sanidad fuese enteramente presupuestaria y no a través de las cuotas de la Seguridad Social. Esto ya se ha dado, o por lo menos así nos lo han hecho creer, en relación con los presupuestos del año 2002. Parecería llegado el momento de que puedan desgajarse estos bienes de la Tesorería de la Seguridad Social, pasar al patrimonio de la Administración del Estado y de ahí al patrimonio de las comunidades autónomas; repito que en el real decreto de transferencias de mi propia comunidad así se establece. Producidas estas condiciones ustedes nos iban a transferir la plena titularidad. Mientras esta situación ha sido así, el Gobierno vasco, mientras yo he tenido responsabilidades en la dirección de lo contencioso, ha litigado por una cuestión que luego ustedes han resuelto con las demás comunidades autónomas de una forma que —me permitiré decírselo entre comillas— me parece tramposa. Nosotros no pagábamos el impuesto sobre bienes inmuebles de esos edificios; no eran nuestros, no estábamos obligados a su pago. La Administración del Estado se negaba a ello y hemos litigado hasta en veinte ocasiones, que yo recuerde —por las sentencias que yo tenía recogidas aunque supongo que habrá habido más—, con el resultado de que los tribunales decían que efectivamente en materia de impuestos hay que ser tan literal en la norma como se es en materia penal y, por tanto, si no éramos titulares el impuesto sobre bienes inmuebles correspondía pagarlo al Estado, y ha tenido que pagarlo y lo sigue pagando —pienso— la Administración del Estado. ¿Qué han hecho ustedes para solucionar esto, puesto que les salía caro este pago de impuestos? En los decretos nuevos no sólo se dice que jamás tendrán esos bienes; se dice que para no romper el patrimonio único de la Tesorería de la Seguridad Social —que no sé por qué no se puede romper— los bienes jamás serán de la comunidad autónoma, se cederán. Es decir, en mi decreto se dice que un día los tendré (es transitorio en mi régimen) y en los decretos nuevos se dice que no los van a tener jamás (las comunidades lo han aceptado así), pero sobre todo se establece clarísimamente que los impuestos son de cuenta de la comunidad. Es decir, jamás tendrá los bienes pero pagará el IBI. No sé yo si se puede trasladar una obligación tributaria por norma con rango de decreto, pero así lo tienen ustedes establecido. Allá la autonomía de cada comunidad si decide litigar o no por esto. Esto es así, repito, y lo hemos venido reivindicando constantemente; se lo he formulado en pregunta oral al ministro, que me contestó con una larga cambiada, como es posible hacer en los plenos, pero debo reconocer que en privado me ha manifestado que jurídicamente la situación al menos de las siete comunidades autónomas iniciales, en cuanto a lo transitorio de nues-

tra situación y a nuestro derecho a llegar a ser titulares de los inmuebles, parece claro en la propia Administración central. Incluso me dijeron que se podría empezar a hablar de la cuestión. Lo pongo en su conocimiento porque en Administraciones Públicas no se cierran en redondo y para que en Sanidad también sepan que la cuestión está así.

En fecha reciente, no hará ni un mes, alguien tan poco proclive o tan poco tachable de nacionalismo radical como es el profesor Barea, y en un medio también tan poco cercano a los parámetros ideológicos que yo postulo como es *La razón*, escribía un interesante artículo en el que sostenía que la coherencia presupuestaria exigía que los presupuestos estuviesen saneados en su base, y que la titularidad de los bienes de lo que cada uno gestiona y le pertenece, fuese clara conforme a la distribución competencial; exigía ese traspaso de la Tesorería de la Seguridad Social que ya no se subvenciona más que con las cuentas y que no tiene nada que ver con la sanidad, que van por vía presupuestaria y pasasen a la Administración general, que era la Administración sanitaria, y de ésta a las comunidades autónomas, puesto que los decretos de transferencias se han efectuado. Me gustaría saber si hay previsiones a este respecto, si se ha hecho un cálculo de lo que pueda significar o de tiempos concretos, porque —repito— desde determinadas comunidades autónomas no vamos a dejar de pedir esta cuestión, que creemos que es lo que corresponde a la lógica del sistema, a lo constitucionalmente querido y al sistema de acuerdos, que en el caso concreto de las primeras comunidades autónomas al menos sí son respetuosos de ese sistema, y si yo gestiono la competencia debo tener la titularidad del bien.

Quería hacerle una última pregunta que hace referencia a si se da por cerrado o no el calendario de transferencias en lo que se refiere a la gestión de lo que era el Sistema Nacional de Salud. Se han producido ya los decretos a todas las comunidades autónomas y no sé si con eso se da por completado el ciclo. Me gustaría hacerle otra pregunta que también he formulado a la señora ministra en alguna ocasión, y es si en el futuro se va a proceder, siempre que se quiera, que se asuma por las comunidades autónomas alguna transferencia, al sistema constitucionalmente querido de pacto con la comunidad autónoma y real decreto que bendiga ese pacto, o va a ocurrir, como en tiempos pasados, que en la Ley de acompañamiento —me estoy refiriendo a la de 1999— se transfiera a las comunidades autónomas de repente la gestión de una competencia, la de los aparatos ortoprotésicos, que puede parecer que es una minucia pero no lo es y por eso precisamente no la transfirieron, que tiene tremendos problemas para su gestión. Ustedes sabían que era un marrón —vamos a decirlo también entre comillas si se me permite la utilización de una expresión tan vulgar— y decidieron: qué lío, no lo vamos a hacer desde

el Estado, que lo hagan las comunidades autónomas. Desde luego, no hubo traspaso de bienes y servicios, simplemente una previsión en la Ley de acompañamiento del año 1999. Nos gustaría saber si vamos a seguir con este sistema y tendremos que leer artículo por artículo las leyes de acompañamiento, o el cierre ya es definitivo y con lo que tenemos, con lo que reivindicamos —porque de los edificios no nos olvidamos— se da el sistema por concluido.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Zambrano.

El señor **ZAMBRANO VÁZQUEZ**: Sean mis primeras palabras para dar la bienvenida nuevamente al señor subsecretario en esta segunda comparecencia, que ya viene con menos premura y con más tiempo en la asunción de sus responsabilidades y competencias, lo que sin duda ha redundado y redundará en la calidad y claridad de su comparecencia, que hace hoy en nombre de la ministra. **(El señor secretario, Gutiérrez Molina, ocupa la presidencia.)** Digo esto porque, en referencia a la portavoz del Grupo Socialista, nosotros creemos que la ministra viene con suficiente periodicidad a esta Cámara, yo diría que con una periodicidad casi semanal a contestar a las preguntas en los plenos, a esta Comisión siempre que los temas son trascendentes e importantes y siempre que se lo permite su agenda; insisto en que una periodicidad semanal asiste a este Parlamento. **(Rumores.)**

Enhorabuena por sus explicaciones. Ha comenzado señalando que con los reales decretos de transferencias de 27 de diciembre de 2001 se dio cumplimiento a uno de los principales objetivos de este Gobierno para esta legislatura, y yo añado que a uno de los compromisos electorales más deseados del Partido Popular, transfiriendo la totalidad del Sistema Nacional de Salud mediante la cesión de la asistencia sanitaria a las 10 comunidades que todavía no la ejercían, con la sola excepción de Ceuta y Melilla, que como saben SS.SS. seguirán bajo la tutela y seguimiento de la Administración general del Estado a través del Ministerio de Sanidad y Consumo. El hecho conviene que se destaque porque con este cumplimiento podemos decir que el Estado de las autonomías que entre todos hemos construido, como muy bien decía la portavoz de CiU, está prácticamente alcanzando su madurez, toda vez que es ya una realidad la asunción de las competencias previstas en los respectivos estatutos, acompañado además —que es lo más importante y positivo— de un sistema de financiación estable que la posibilita. Es decir, el proceso de descentralización política y administrativa, sin parangón en los países de nuestro entorno, se está culminando. Conviene que se recuerde que la consolidación del Estado autonómico ha sido posible gracias al consenso entre las principales fuerzas políticas; consenso que también ha estado presente y que ha propi-

ciado estas últimas transferencias de gran complejidad y montante económico, que se han realizado a finales del 2001, para ceder de forma simultánea las competencias y la financiación de la asistencia sanitaria nada menos que a las 10 comunidades que no la tenían. Por tanto podemos decir, señorías, que a partir de esa fecha España es una realidad fuertemente descentralizada en cuanto a organización política y administrativa. A partir de aquí entramos en otro marco en el que no deben perder perspectiva ni equivocarlo, porque el fin último que persiguen todas las transferencias no es otro que mejorar la calidad de la salud y con ella también la calidad de vida de los ciudadanos (en ello coincidimos usted y yo, por supuesto que el Gobierno y también mis compañeros que lo defienden igual que yo), mediante una prestación de servicio, como ha dicho muy bien la portavoz de CiU, más cercana al ciudadano y con la pretensión de que sea también más eficiente. A partir de ahora las comunidades autónomas gestionarán la asistencia sanitaria y al Estado le corresponderá el papel no sólo de financiación, sino de autoridad y de arbitraje vertebrador, como garante de que todos los ciudadanos españoles reciban una asistencia sanitaria gratuita, con los mismos niveles de calidad y equidad en el acceso, con independencia de su lugar de residencia. Sin duda esto lo desarrollará la próxima ley de coordinación, que podría haberse hecho antes, a partir de 1986 cuando que se aprueba la Ley General de Sanidad, que es la que contempla este papel vertebrador del Ministerio de Sanidad y Consumo; a lo mejor, como ha dicho la portavoz de CiU, era conveniente que se terminaran todas las transferencias para que todos tuviéramos el mismo nivel.

Estamos hoy todavía, señorías, recibiendo explicaciones de esas transferencias sanitarias, debido fundamentalmente a la complejidad de las mismas; complejidad que, como ha mencionado el señor subsecretario, ha hecho necesaria la oferta de cohabitación del Insalud con las comunidades en un periodo transitorio de tres meses y con la posibilidad de ampliación a otros tres meses más. Se puede decir, por tanto, que el paso de estas competencias de una administración a otra no ha sido de forma tajante, sino gradual, cuando se ha solicitado, y más o menos prorrogada en el tiempo, según demanda, para garantizar la continuidad de los servicios. Como SS.SS. saben, unos se acogieron a este periodo y otros no; este periodo se ofertó, repito, para garantizar la continuidad de los servicios y para adaptar el sistema presupuestario y la gestión de pago, siempre tan sensible, para garantizar también esta continuidad de pago, por supuesto, además de todos los posibles flecos que pudieran quedar sueltos en un proceso tan complejo como es la transferencia de los servicios de salud.

Ha explicado también que durante el periodo comprendido entre el 8 y el 21 de enero se ha celebrado una serie importante de reuniones programadas entre los

representantes de las comunidades autónomas que recibían las competencias y la dirección general, del Insalud con sus distintas subdirecciones generales, como órgano de traspaso, de cesión de las mismas, para informar de todos esos apartados que de forma completa ha relacionado el señor subsecretario. Tengo que decir que todos los presidentes autonómicos, uno a uno, expresaron su satisfacción por los recursos que recibían, y al decir de algunos —los de su comunidad y los de la mía—, señoría, sacando una financiación mayor de la prevista. Dieron las cantidades a todos los medios de difusión, por lo que me extraña que usted pida ahora que se diga qué cantidad fue, cuando lo dijeron todos los presidentes autonómicos.

Quiero referirme solamente un momento a las listas de espera. Señoría, nosotros esperamos que las comunidades autónomas den al menos la misma información que ha dado el ministerio, y lo esperamos en junio, tal y como indica el comité de expertos del Consejo Interterritorial. Lo que me sorprende, señorías, es que de un tiempo a esta parte solamente hagan referencia a las listas de espera de consultas, única lista que no es comparable con las de época del Gobierno socialista porque entonces no se elaboraban. ¡Qué casualidad! Señorías, tenemos que concluir que las transferencias se han realizado con todas las garantías de información y colaboración posible y según lo han requerido las distintas comunidades autónomas, cosa por la que todos debemos de felicitarlos, tanto por lo que supone como por la forma en que se ha hecho, es decir, con el mismo espíritu de consenso que propició la descentralización competente a favor del Estado de las autonomías.

En cuanto a las obligaciones de pago generadas hasta el 31 de diciembre de 2001, ha explicado de forma suficiente el subsecretario, de forma muy clara, que las comisiones mixtas de transferencias establecieron que el cierre de todas las obligaciones exigibles y pendientes de aplicar a presupuestos hasta el 31 de diciembre de 2001 correrían a cargo de la Administración general del Estado. ¿Cómo se hace posible ese pago? En base al artículo 43 del texto refundido de la Ley General Presupuestaria, que dice que las mencionadas obligaciones exigibles no pueden efectuarse si el acreedor —en este caso la comunidad autónoma— no ha cumplido o garantizado su correspondiente obligación; el artículo 78.1 señala la forma de hacerlo, que es acreditando estas obligaciones documentalmente, es decir, mediante la presentación de las facturas correspondientes a los gastos, de acuerdo con lo establecido en la regla 23 de la Orden del 1 de febrero de 1996, que aprueba la instrucción a seguir en la ejecución del gasto del Estado. **(El señor presidente ocupa la presidencia.)**

El señor subsecretario ha dejado muy claro, con arreglo a esta normativa y a lo que establecieron las comisiones mixtas, que todas las obligaciones reconocidas con presentación de facturas al 1 de enero de 2002

deberá abonarlas la Administración general del Estado y a partir de esa fecha deberá abonarla la comunidad autónoma correspondiente, y así se recordó por este organismo exhaustivamente a las correspondientes direcciones territoriales para que no hubiera dilaciones a la hora de presentar las correspondientes facturaciones. Esto es así porque, como ha demostrado documentalmente, así está regulado para todos y, como saben SS.SS., lo que es igual para todos no es ventajoso para nadie, mucho más cuando han sido las propias comisiones mixtas de transferencias las que lo han establecido, tal y como ha leído textualmente su señoría. Señorías, no vamos a discutir, ni cabe hacerlo, la forma de regulación, ni le vamos a poner epítetos, como ha hecho S.S., de irresponsabilidad, porque existe una normativa establecida, aprobada y conocida, en la que cada una de las partes tiene sus obligaciones señaladas y cuyo cumplimiento resuelve la capacidad de hacer efectivos los derechos derivados de las mismas. Entrar a juzgar la interpretación de las normas para su cumplimiento no es competencia de esta Cámara legislativa. Por esto mi grupo acepta como razonable y ajustada a derecho la explicación dada por el señor subsecretario, apoyada en la normativa que ha relacionado claramente.

Nada más. Nuevamente bienvenido, señor subsecretario, y muchísimas gracias por su explicación.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Quisiera empezar contestando a la señora Uría, cuya intervención ha sido amable y a la que agradezco que ponga de manifiesto su postura respecto a la cesión de los inmuebles de la Seguridad Social, de lo que tomo nota. Quisiera aclararle que no es que sea proclive a las competencias de las comunidades autónomas en absoluto, soy proclive a que cada uno ejerza sus competencias soy proclive a que el Ministerio de Sanidad ejerza hasta el cien por cien de sus competencias y soy proclive a ser respetuoso con las competencias de las comunidades autónomas, por supuesto, como creo que las comunidades autónomas deben ser absolutamente respetuosas con el papel que juega el ministerio y con sus competencias. Quiero agradecerle de nuevo la información que me ha aportado.

Respecto a la forma en que se van a producir, en su caso, posteriores transferencias, quisiera decirle que no disfruto del poder adivinatorio que parece que otros antecesores míos tenían y no le puedo responder.

Por lo que se refiere a la intervención de la representante de Convergència i Unió, simplemente decir que en ningún caso ninguna comunidad autónoma se está encontrando ni se va a encontrar en el cajón con ninguna factura, en ningún caso; ahora lo explicaré con más

detalle. Su señoría ha hecho una referencia a esa posibilidad y quiero que sepa que eso en ningún caso ha ocurrido ni va a ocurrir, como ahora explicaré con todo detalle a la señora Valentín.

En cuanto a la intervención de la señora Valentín, tengo que decir que la agradezco, porque ha sido una intervención amable, concreta y que además me va a ayudar a explicar con más detalle exactamente el tema que más preocupa, al parecer, que es el de la imputación de las obligaciones generadas antes o después del 31 de diciembre. En primer lugar, agradecerle que haya agradecido a su vez la intervención de este responsable del ministerio para explicar cómo se ha desarrollado el proceso efectivo de transferencias, que como he dicho se ha hecho en total colaboración y cordialidad. En segundo lugar, centrándonos ya en los temas a que hace referencia respecto a la imputación de las obligaciones, efectivamente tiene usted toda la razón del mundo, señor Valentín, cuando hace referencia al real decreto de transferencias. Me van a permitir que utilice el de Asturias porque soy asturiano y ejerzo de ello y porque sabe usted que es idéntico, en lo que se refiere a este punto, al de Castilla-La Mancha y a los del resto de las comunidades autónomas.

Voy a leer de nuevo el punto f).3 que usted ha leído y tiene usted razón, la postura del Gobierno en este sentido es cumplir estrictamente lo que aquí se dice. Establece que el cierre del sistema de financiación de la asistencia sanitaria para el período 1998-2001 será asumido por la Administración general del Estado. De acuerdo. A estos efectos se entiende como cierre del sistema la liquidación de las obligaciones exigibles hasta el 31 de diciembre de 2001 y pendientes de imputar al presupuesto. De acuerdo. Es decir, hay dos tipos de obligaciones exigibles a 31 de diciembre, unas que se han imputado al presupuesto porque había presupuesto y otras que no se pueden imputar en este momento al presupuesto porque no lo hay, pero son exigibles a 31 de diciembre. Estas suman un total de 54.420 millones de pesetas en el ámbito de las comunidades autónomas que tienen transferida la sanidad, las asume el Estado y están documentadas contablemente y con facturas antes del 31 de diciembre. El Estado asume 54.420 millones de pesetas. Ese es el cierre y sí lo asumimos. Lo que no se puede asumir es aquello que no se ha acordado en las comisiones mixtas y que no recogen los acuerdos de transferencias, aquellas obligaciones que no son exigibles a 31 de diciembre. Ahí está el matiz. Las obligaciones que no son exigibles a 31 de diciembre no forman parte del cierre del año 2001. Usted, que ha hecho referencia antes al sentido común, entenderá que es de sentido común que las obligaciones exigibles imputables al presupuesto de 2001 sean con cargo a aquella administración que genera la asistencia sanitaria en el año 2001 y que las que no son imputables al presupuesto de 2001 las asuma aquella administración que tenga las competencias en el año 2002.

Le voy a decir más al respecto para que vea con qué rigurosidad y con qué seriedad se ha tratado este tema en el Insalud. En el Insalud se conocía perfectamente esta problemática desde el momento en que se inició el traspaso de las competencias y las negociaciones, hasta el punto de que el 7 de mayo del año 2001 se hizo una reunión en Alcalá, 56 con los gestores de todos los centros de gasto del Insalud al objeto de manifestarles y que se llevasen en mano unas instrucciones que exactamente decían: Procedimientos y actuaciones a considerar en la ejecución y cierre del presupuesto del ejercicio de 2001. Es algo que no se había hecho nunca, lo que demuestra que el Insalud tuvo especial cuidado en dejar constancia de que este año era muy peculiar por dos razones. En primer lugar, por la entrada en vigor del euro que afectaba a la ejecución presupuestaria y, en segundo lugar, porque era previsible que la transferencia se produjese el 1 de enero. El Insalud tenía un especial interés en que nadie se encontrase ninguna factura en un cajón. La prueba de ello es que la ejecución presupuestaria del Insalud en 2001 —año que ha sido especialmente difícil por el tema del euro en cuanto a la ejecución presupuestaria— ha sido del 99,61 por ciento. Me gustaría saber cuántas administraciones conocen ustedes que ejecuten presupuestariamente el 99,61 por ciento. Aun así, siendo insuficiente el presupuesto para cubrir algunas obligaciones exigibles a 31 de diciembre, hay 54.420 millones de pesetas que están documentados como exigibles antes del 31 de diciembre que asume el Estado. Estas instrucciones —que se dieron, insisto, el 7 de mayo— se remitieron en repetidas ocasiones durante el año 2001 a los nuevos centros para dejar clara constancia de que esto era así. Lo que le sorprende a este humilde representante del Ministerio de Sanidad es que las comunidades autónomas que firman este acuerdo no sean conscientes realmente de su alcance.

Usted hace referencia a la factura de farmacia. Efectivamente, la factura de farmacia, de acuerdo con lo que han firmado y a lo que se han comprometido las comunidades autónomas, se asume por estas, lo asumen al firmarlo. De acuerdo con la normativa que las comunidades autónomas deberían manejar, es una obligación exigible en enero y no antes.

Me va a permitir que haga una mención muy rápida a un asunto que ha aludido que me ha tocado el corazón en relación con el hospital de Ciudad Real en el que yo puse mucho empeño, como usted bien conoce. Existe un modificado número 1, que tiene expediente porque está autorizado, y no existe un modificado número 2 porque sencillamente no existe. **(La señora Valentín Navarro: ¿Y por qué existe la factura?)** Insisto en que existe un modificado número 1 que tiene expediente porque está autorizado y no existe un modificado número 2 porque no existe. Una cosa es que una empresa determinada tenga una expectativa y otra cosa

es que eso sea cierto. En el tiempo que ha gestionado el Insalud la obra del hospital de Ciudad Real no existió ningún modificado número 2 porque no existe, así de sencillo, y en consecuencia no puede tener expediente.

Con esto termino y espero haber aclarado un poco más el tema, sin perjuicio de que estoy encantado de hacer cualquier otra aclaración que quiera. **(La señora Valentín Navarro pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señora Valentín, tiene la palabra por un minuto.

La señora **VALENTÍN NAVARRO**: Intervendré muy brevemente.

Señor subsecretario, ¿me quiere usted decir qué administración ha generado el gasto farmacéutico referido al mes de diciembre en el ámbito del Insalud? ¿Me quiere usted decir, señor subsecretario —aparte de que le rogaría que tome nota de todas las preguntas concretas que hemos ido haciendo durante la intervención y, si es posible, nos mande las contestaciones por escrito—, por qué la Junta de Extremadura, por ejemplo, tiene que asumir como gasto propio 5.702 millones de pesetas de productividad variable del año 2001 —obligación generada en 2001— de farmacia, de conciertos o de gasto corriente? ¿Me quiere usted explicar por qué el Gobierno de Aragón tiene que asumir 4.700 millones de pesetas por los mismos conceptos? Estamos hablando de obligaciones generadas por una administración responsable, que entonces era el Ministerio de Sanidad y su organismo autónomo el Insalud. ¿Por qué Castilla-La Mancha tiene que asumir 11.000 millones por los mismos conceptos? No me hable usted, por favor, del decreto de transferencia porque los tengo todos delante.

Ustedes hacen una interpretación torticera y contradicen a sus propios presidentes de gobierno regionales. Tengo aquí el Diario de las Cortes de La Rioja, donde se refleja que el señor presidente, Sanz Alonso, dice en la propia Cámara que el Gobierno de la nación asume todos los gastos, incluida la factura farmacéutica, generados con anterioridad al 31 de diciembre. ¿Quiere usted explicárselo también a los ciudadanos de estas comunidades autónomas? ¿Son o no son obligaciones exigibles? ¿Cuándo se han generado y quién es el responsable de haberlas generado? No quiera usted hacernos ver lo blanco negro. Ustedes no pueden descargar la responsabilidad en los presupuestos de las comunidades autónomas porque esta obligación la han generado ustedes y a ustedes se les tiene que exigir.

El señor **PRESIDENTE**: Puede contestar, señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señora Valentín, en primer lugar quiero decir que se me ha olvidado decir antes, y deseo dejar constancia, que, en mi opi-

nión, las comunidades autónomas han actuado en cuanto a la factura farmacéutica de manera absolutamente correcta. Es razonable y se puede entender que su interpretación de lo que han firmado sea la que ellos consideren oportuna, pero han actuado de manera correcta desde el momento en que han pagado la factura correspondiente al mes de diciembre; como ustedes saben, esa factura se ha pagado por las comunidades autónomas. Otra cosa es que ahora se discuta en el ámbito que sea, incluso en los tribunales, quien deba al final hacerse cargo de ella. En consecuencia, quién deba hacerse cargo de ella, que lo haga. Insisto en que tengo que agradecer la actitud de las comunidades autónomas, que pienso que ha sido correcta, al proceder al pago de esa factura, aunque sabiendo que muchas de ellas no estaban de acuerdo con la imputación a esa comunidad autónoma, dejando para un momento posterior la discusión en el ámbito que sea. **(La señora Valentín Navarro: Porque son responsables, cosa que el Ministerio no es.)** Es de agradecer porque lo contrario hubiese generado una serie de disfuncionalidades en el Sistema Nacional de Sanidad que ustedes conocen.

Una vez dicho esto y utilizando el sentido común al que usted aludía antes, quisiera centrar el tema. Da la sensación, de alguna forma, de que el Estado hace que la comunidad autónoma cargue con un coste que tendría que asumir el Estado. **(La señora Valentín Navarro: Un coste que no les corresponde.)** Eso es lo que ustedes defienden. Saben ustedes que la financiación correspondiente a una comunidad autónoma en el año 2002 tiene como garantía el coste efectivo y, en consecuencia, se supone que garantiza la financiación, como mínimo, del coste efectivo que estaba haciendo el Insalud. Cuando en los años 1999, 2000 ó 2001, el Insalud ejerce sus competencias tiene un presupuesto concreto para ese año, a ese presupuesto se le están imputando obligaciones exigibles a dicho año, insisto. Si aplicamos el principio de devengo, que es lo que las comunidades autónomas quieren, efectivamente no eran imputables a ese año, pero la Administración general del Estado no utiliza el principio de devengo, utiliza el principio de caja, y las comunidades autónomas conocen eso cuando lo firman. Lo que las comunidades autónomas pretenden —y es comprensible— es que les den todo el dinero correspondiente al año 2002, pero no quieren pagar nada —si hubiese seguido gestionando el Insalud lo habrían pagado— de años anteriores. Por tanto, si se les quita un mes de farmacia, fantástico, se les da la financiación correspondiente a los doce meses, pero la Administración se hace cargo de un mes. Esta es la disputa; insisto, es perfectamente entendible y lícita en términos políticos y yo creo que se ha llevado de una manera correcta desde el momento en que las comunidades autónomas han procedido a pagar. Ahora, en el ámbito que corresponda, me parece perfecta plantear la discrepancia y al

final, si se determina otra cosa por quien proceda, así se hará.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de pasar al siguiente punto del orden del día, preguntas, quiero comunicar al señor subsecretario, aunque ya me ha dado su *placet*, que se cambia el orden de las preguntas; se formularán, en primer lugar, las preguntas números 8 y 9, por la señora Pozuelo en lugar de la señora Valentín.

Suspendemos por cinco minutos la sesión, con el objeto de que se puedan ordenar las preguntas. **(Pausa.)**

## PREGUNTAS:

### — DE LA SEÑORA POZUELO MEÑO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PARA IMPEDIR EL EVENTUAL PASO DEL AGENTE PATÓGENO DE LA ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME BOVINA (EEB) A LA CADENA ALIMENTARIA HUMANA. (Número de expediente 181/001435)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, continuamos la sesión con las preguntas que se incluyen en el orden del día. En primer lugar, preguntas formuladas por doña María Isabel Pozuelo Meño, comenzando por la que figura con el número 8, para cuya presentación y defensa tiene la palabra la señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Buenos días, señor subsecretario.

En el año 2000 apareció en España el primer caso de encefalopatía espongiforme bovina, en concreto en Galicia, a pesar de que el Gobierno negaba la evidencia y las múltiples advertencias de los comités científicos europeos, que les alertaban sobre los graves riesgos que tenía la cabaña ganadera de nuestro país de estar contagiada y sobre la falta de controles, inspecciones y medidas preventivas que se había detectado por las inspecciones de los comités científicos y veterinarios europeos para poder detectar con rapidez la aparición de la enfermedad en nuestro país.

No voy a hacer un relato de lo que sucedió durante aquel año desde el momento en que comenzó la enfermedad, pero sí voy a llamar la atención sobre la falta de capacidad, la ineficacia y la falta de coordinación de este departamento con el resto de los departamentos ministeriales y con las comunidades autónomas para abordar las medidas necesarias que pudieran controlar y erradicar la enfermedad y para trasladar a la sociedad un mínimo de seguridad y de garantía en relación con la carne que estábamos consumiendo. Y cuando por fin hubo en nuestro país un plan coordinado para su erradicación, este duró muy poco. Este plan se extinguió el 31 de diciembre del año 2001, y puesto que la enfermedad no ha remitido, no podemos enten-

der cómo es posible que dicho plan no haya seguido en marcha y que el Gobierno le haya dado carpetazo. Hasta el 15 de abril de este año existían en España 118 reses enfermas, repartidas por todo el territorio nacional, 15 de las 17 comunidades autónomas, y los expertos dicen que hasta el año 2005 no empezarán a disminuir los casos de reses enfermas en nuestro país. En el año 2000 hubo dos casos, 84 en el 2001 y 34 en el 2002, y eso que no se han cubierto las previsiones de los análisis suficientes de tests priónicos para detectar la realidad de la enfermedad. Repito que en cuanto al elemento clave, que es la realización de dichos test para detectarla, no se han cumplido las previsiones que el propio Gobierno había dado. El Ministerio de Agricultura había previsto analizar en el año 2001 540.000 reses a un ritmo de 45.000 mensuales, pero nunca se llegó a alcanzar esta cifra, sino que sólo se hicieron 310.000 análisis. En el año 2000 se habían hecho 255.000, pero en el 2002 la cifra vuelve a bajar y sólo se han realizado 125.000 análisis de tests priónicos. De todas formas, el rigor de estas estadísticas deja mucho que desear, ya que ciertamente se han sacrificado numerosas reses de la cabaña ganadera sin que se haya procedido a verificar los mediante tests priónicos cuáles estaban verdaderamente contagiadas. Todos ustedes saben que en multitud de ocasiones cuando aparecía una res enferma en una cabaña ganadera se ha sacrificado el conjunto de la explotación sin analizar previamente cuáles estaban enfermas. Según los datos del Ministerio de Agricultura, los animales retirados para su destrucción han sido 258.000, lo que, valorado en peso, significa 49 millones de kilos de materiales específicos de riesgo. Pero la enfermedad de la encefalopatía no es sólo un problema, como todos sabemos, de la cabaña ganadera, sino que es sobre todo un problema de seguridad alimentaria. Por eso no podemos entender —nosotros lo venimos reclamando desde el mes de enero del año 2002— que siga sin existir un plan coordinado de actuación para su control y erradicación, un plan coordinado entre el Gobierno de la nación y las comunidades autónomas que garantice que esta enfermedad no va a afectar a la cadena alimentaria, un plan que garantice con financiación pública la retirada, el transporte y la destrucción de los materiales específicos de riesgo que se producen en los mataderos, un plan que facilite medios e infraestructura a todas las comunidades autónomas para cumplir con las medidas de erradicación que se consideren más adecuadas, un plan que garantice la retirada y la eliminación de los cadáveres en todas las explotaciones en donde se detecte la enfermedad y su transporte hasta los mataderos; un plan que garantice la seguridad del almacenamiento transitorio, el transporte y la eliminación de las harinas, la enorme cantidad de millones de kilos que acabo de mencionar producidos por los despojos de los mataderos.



Las actuaciones mencionadas tienen que ver claramente con la seguridad alimentaria. Estamos ante un problema muy serio, y la respuesta del Gobierno no puede ser de nuevo lavarse las manos y derivar las responsabilidades hacia los ganaderos y hacia los consumidores, que somos los que estamos financiando todo este proceso para garantizar la salud alimentaria y la salud pública en nuestro país. La seguridad alimentaria se está financiando en estos momentos con una nueva tasa que ha aprobado el Gobierno de la nación y que estamos pagando todos los consumidores. Mientras tanto, ¿qué hacen ustedes, qué hace el Ministerio de Sanidad, qué hace la ministra de Sanidad para proteger la salud de todos los consumidores? El silencio más absoluto. Desde las últimas recetas de cocina que la ministra nos comentaba a través de la radio, no la hemos vuelto a oír ni una medida ni un gesto ni una comunicación más a la sociedad, a los consumidores. ¿Qué está haciendo el Gobierno, qué está haciendo el Ministerio de Sanidad para garantizarnos la seguridad alimentaria? ¿Qué actuaciones realiza su departamento con los ministerios de Agricultura y de Medio Ambiente y con las comunidades autónomas para prevenir y garantizar que no haya un traslado a la cadena alimentaria? ¿Está de acuerdo el Ministerio de Sanidad y Consumo y comparte su departamento, señor subsecretario, que la salud pública y la seguridad alimentaria las tienen que financiar las tasas públicas que pagamos todos los consumidores? ¿Están ustedes de acuerdo con esto?

Estas son las preguntas que me gustaría que usted me respondiera, señor subsecretario.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señorías, con sumo gusto paso a responder, aunque antes de nada quisiera hacer mención de la importantísima labor realizada en esta materia por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que ha conducido a que en España haya disminuido de manera considerable la alarma social de la coloquialmente denominada enfermedad de las vacas locas y que se debe fundamentalmente a la adopción de medidas preventivas desde antes de la aparición del primer caso animal diagnosticado en España y de las adoptadas con posterioridad a este suceso. Así, antes de la aparición del primer caso de EEB animal diagnosticado en territorio español, ya se había acordado el 1 de octubre del año 2000, como consecuencia de la aplicación de la decisión 2000/418/CE, de la Comisión, la retirada de los mataderos de todos los materiales específicos de riesgo (MER) de todo el ganado bovino, ovino y caprino sacrificado en España con más de 12 meses. Las medidas que se están tomando actualmente en el aspecto de

la salud pública son las que se establecen en el Real Decreto 1911/2000, de 24 de noviembre, que básicamente se refiere a la extracción en los mataderos y la destrucción de los materiales específicos de riesgo de las especies bovina, ovina y caprina —la extracción de estos materiales de los productos destinados a la alimentación humana y animal es la medida, sin ninguna duda, más importante de protección de la salud pública a este respecto—; también las medidas que recoge el Real Decreto 3454/2000, por el que se establece y regula el programa integral coordinado de vigilancia y control de las encefalopatías espongiformes transmisibles de los animales y sus modificaciones, en donde, por ejemplo, se especifica que se sacrificarán todos los rumiantes presentes en la explotación en donde se haya diagnosticado la enfermedad, así como las medidas que recoge la Orden de 26 de julio del año 2001, por las que se regula la extracción de la columna vertebral, así como otras específicas en cuanto no se opongan al Reglamento 999/2001/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se establecen disposiciones para la prevención, el control y la erradicación de determinadas encefalopatías espongiformes transmisibles, que se ha modificado a su vez por otro reglamento de la Comisión, que es el 1248/2001/CE, así como el Reglamento 1326/2001/CE, etcétera. Esta es la normativa europea que, al tratarse en este caso de reglamentos, es de directa aplicación en el ámbito español.

En resumen, señoría, según los conocimientos científicos actuales de que se dispone, la carne y los productos cárnicos se ponen a la venta después de haberse tomado todas las medidas preventivas necesarias para garantizar la aptitud de los mismos para el consumo humano.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pozuelo.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor presidente, señor subsecretario, siento que no me haya contestado a las preguntas que le he formulado. No voy a volver a repetírselas, pues constan en el «Diario de Sesiones», pero quiero insistir en que en nuestro país la enfermedad no ha desaparecido.

No se están cumpliendo las previsiones que el propio Gobierno había puesto sobre la mesa para el análisis y la detección de la enfermedad y para poder poner en marcha medidas posteriores para su control y eliminación. El Ministerio de Sanidad no está haciendo absolutamente nada. Las medidas preventivas que usted ha mencionado no fueron preventivas puesto que se produjeron después de que aparecieran los primeros casos. Le recuerdo que aparecieron en el mes de junio o julio —no recuerdo con exactitud— del año 2000, y usted me habla del mes de octubre. En cualquier caso, la gravedad de la situación que yo le he puesto de manifiesto es que en España no existe un plan coordinado, no existe ningún plan de actuación, no hay elementos

de coordinación entre los distintos departamentos ministeriales del Gobierno de la nación ni hay elementos de coordinación con las comunidades autónomas entre los distintos departamentos ministeriales que tienen algo que decir y que ver en este asunto, como son el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Medio Ambiente y el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Todos recordamos lo que pasó en este país cuando surgió el problema. El descontrol fue absoluto y la pérdida de confianza de los consumidores fue tan grave que no solamente descendió el consumo de la carne, sino que los consumidores perdieron la confianza en la Administración pública. El Ministerio de Sanidad no ha hecho absolutamente nada, sino todo lo contrario, por recuperar esa confianza de los consumidores.

El señor **PRESIDENTE**: Señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): La respuesta que he dado a su pregunta ha estado enfocada desde el punto de vista de salud pública, por entender que ese era el enfoque que usted le daba, pero si a usted le preocupa saber qué programas se están haciendo de manera coordinada con el resto de ministerios, le diré que, como usted bien sabe, existe un programa coordinado de control de la EEB que no ha dejado de funcionar en ningún momento, que sigue vigente y que incluso se ha mejorado y reforzado con la inclusión del control y la vigilancia activa de ovinos y caprinos. Hay actuaciones perfectamente coordinadas entre el Ministerio de Medio Ambiente, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Presidencia y no tengo más que decir al respecto. Ese programa coordinado, como usted bien sabe, existe y sigue funcionando perfectamente. Hace escasamente quince días, este subsecretario asistió a la última reunión de la comisión de seguimiento de ese programa coordinado. Se lo digo a efectos de certificarle que sigue existiendo.

— **DE LA SEÑORA VALENTÍN NAVARRO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE SITUACIÓN ACTUAL DE LA AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA. (Número de expediente 181/001438)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente pregunta, formulada también por la señora Pozuelo en sustitución de la señora Valentín.

La señora **POZUELO MEÑO**: La pregunta que voy a hacerle a continuación tiene que ver también con la seguridad alimentaria, pero quería decirle en relación con lo anterior, señor subsecretario, que ustedes tendrán reuniones entre los distintos ministerios, pero el plan coordinado no existe. Además, hace muy poco

tiempo el Grupo Parlamentario Socialista presentó en la Comisión de Agricultura una proposición en la que se pedía que se pusiera en marcha de nuevo ese plan coordinado, y fue negada por el Partido Popular. Evidentemente, ese plan coordinado no existe, se extinguió a 31 de diciembre de 2001.

La siguiente pregunta se refiere a la agencia de seguridad alimentaria. El 21 de junio del año 2001, dentro de poco hará un año, el Parlamento aprobó con una amplia mayoría la creación de la agencia nacional de seguridad alimentaria. En dicha ley, que se publicó el 6 de julio de 2001, se establece que la constitución efectiva de la agencia tendrá lugar en el momento y con los plazos que señale el real decreto de aprobación de su estatuto. Dicho real decreto deberá someterse a la aprobación del Consejo de Ministros en un plazo no superior a seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley. El 7 de enero de 2002 finalizó por lo tanto el plazo por lo tanto marcado por la ley para que el Gobierno procediese a su desarrollo estatutario, retrasándose, la constitución efectiva de un organismo fundamental para garantizar la seguridad alimentaria en nuestro país.

La razón por la que este Parlamento aprobó la ley de creación de la agencia alimentaria fue, y sigue siendo, la necesidad de que exista un organismo que proteja activamente la salud pública de los españoles actuando de manera integral en todos los eslabones de la cadena alimentaria, desde la producción inicial hasta el consumo final, vigilando la seguridad y la calidad de los alimentos y contribuyendo de forma activa y eficaz a la construcción de un ámbito europeo de seguridad alimentaria.

La ley que creaba la agencia la dotaba de instrumentos suficientes para coordinar a las distintas administraciones del Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos con competencias amplias en salud pública y en seguridad de los alimentos, y al mismo tiempo debía ser el interlocutor en la colaboración necesaria e imprescindible en un mundo sin fronteras con las agencias europeas e internacionales y con sus comités científicos.

Precisamente hoy hemos conocido todos una información que usted conoce ya desde hace algún tiempo sobre la comunicación que ha hecho la Agencia de Seguridad Alimentaria sueca a las autoridades europeas respecto a la aparición de una sustancia sobradamente conocida, la crilamida. La novedad es que la han encontrado en productos alimentarios de consumo muy común y muy abundante por los ciudadanos. Esta es la primera vez que esta sustancia se halla en alimentos de consumo generalizado y común. Lo digo no para llamar la atención de nadie, sino para llamar la atención de ustedes y la de todos los parlamentarios sobre la necesidad de contar con una agencia de seguridad alimentaria en nuestro país que garantice la seguridad y sea un interlocutor válido con el resto de los organis-

mos internacionales de los países de la Unión Europea y con sus comités científicos. Por otra parte, la Comisión Europea sigue avanzando en la constitución de su agencia. Al ritmo que vamos, es probable que la agencia europea esté funcionando antes incluso que la española, a no ser que usted nos dé alguna sorpresa esta mañana. La ley española que creaba esta agencia se creó para gestionar no sólo las situaciones de alarma y de crisis, sino también las situaciones de normalidad e intentar obtener así la autoridad moral suficiente ante la sociedad para devolver la confianza de los ciudadanos y de los consumidores en los poderes públicos como garantes de la seguridad y la calidad de los alimentos que estamos consumiendo.

El amplísimo respaldo parlamentario que obtuvo la aprobación de la citada ley, respondiendo así a las demandas de los ciudadanos de incrementar los niveles de seguridad en la alimentación, no ha sido correspondido eficazmente por su Gobierno, que ha mantenido una actitud, desde nuestro punto de vista, pasiva e irresponsable porque ha sido incapaz de articular jurídica y económicamente la constitución efectiva de la agencia. Por eso le pregunto, señor subsecretario: ¿Cuál es la situación actual de la agencia? ¿Cuándo van a cumplir ustedes el compromiso de ponerla en marcha? Y le pregunto también si van a cumplir con el compromiso —espero que usted lo manifieste, ya que la ministra no ha venido y es un compromiso personal de ella— de la ministra de traer a los grupos parlamentarios el borrador de estatuto antes de su aprobación para intentar llegar a un acuerdo, lo mismo que se llegó a un acuerdo de consenso con la ley que aprobamos. También me gustaría que me comentara los problemas que ha tenido su ministerio para impedir la puesta en marcha de la agencia de seguridad alimentaria, para provocar la situación que tenemos, ya que después de casi un año desde la aprobación de la ley por este Parlamento, este país sigue sin contar con dicha agencia.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señoría, respondo muy brevemente a su pregunta. En el momento actual los dos ministerios a los que la ley otorgó a estos efectos la capacidad de iniciativa son el de Sanidad y Consumo y el de Agricultura, Pesca y Alimentación, que ya han elaborado un proyecto de estatuto que ha sido ampliamente consensuado con los agentes implicados. Este texto será elevado para su aprobación al Consejo de Ministros, previos a los informes preceptivos, en las próximas semanas.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pozuelo, tiene la palabra.

La señora **POZUELO MEÑO**: Señor Subsecretario, espero que esas semanas se cumplan antes del año de la ley, por respeto a este Parlamento, entre otras cosas.

El señor **PRESIDENTE**: Señor subsecretario, tiene la palabra.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Quiero decirle a la señora Pozuelo que asumimos que ha habido un retraso en la tramitación de esta norma, pero que se ha debido al deseo de conseguir un amplio consenso con los sectores y agentes implicados. En definitiva, ha sido tiempo a cambio de consenso.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pozuelo, tiene la palabra.

La señora **POZUELO MEÑO**: Un segundo nada más, porque he sido breve en mi réplica y quería hacerle una última pregunta al señor subsecretario. Me habla de su intención de obtener un amplio consenso también con el estatuto, y yo espero que lo traigan también a esta Cámara y a los portavoces de los grupos parlamentarios, como fue el compromiso de la ministra, y me gustaría saber si también se ha llevado al Consejo de consumidores y usuarios para su consulta y su pronunciamiento.

— **DE LA SEÑORA VALENTÍN NAVARRO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE POLÍTICA DE PERSONAL DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO TRAS LAS TRANSFERENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. (NÚMERO DE EXPEDIENTE 181/001257.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta que figura en el orden del día con el número 6, formulada por doña Matilde Valentín, del Grupo Parlamentario Socialista, que va a efectuar el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Damos por formulada la pregunta en sus propios términos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Con sumo gusto intentaré responder a la pregunta. En este sentido quiero manifestarle que la línea más importante de la política de personal del ministerio, como ustedes conocen, es en primer lugar llevar a cabo lo recogido en la moción presentada en el Congreso de los Diputados el

día 13 de septiembre del año 2001, en la que se insta al Gobierno para que se aceleren las negociaciones, tanto en el seno del Consejo interterritorial como con los interlocutores sociales, que permitan dar cumplimiento, por una parte, al artículo 84 de la Ley General de Sanidad con relación al estatuto marco, de forma que se presente ante la Cámara el correspondiente proyecto legislativo y, por otra, a trasponer al derecho español la Directiva europea 93/104, de la Comunidad Europea, sobre ordenación del tipo de trabajo. Asimismo se están desarrollando las actuaciones oportunas de la ley 16/2001, de 21 de noviembre, sobre consolidación y estabilidad en el empleo del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Arola.

El señor **AROLA BLANQUET**: Señor subsecretario, como usted mismo ha dicho, la provisión de puestos de trabajo es un requisito básico para el buen funcionamiento de los servicios. Si la respuesta que ahora me ha dado usted es toda la que me tiene que dar, le voy a recordar dos hechos. Un número determinado de miembros del Consejo interterritorial abandonaron el mismo por la negativa de la señora ministra a que se abordara en ese Consejo interterritorial el estatuto marco. Por tanto, mala manera de intentar conseguir un acuerdo.

En cuanto a la directiva europea, aparte de que en aquella misma moción que usted recuerda se discutió y se argumentó en función del impacto que la traslación de la misma tendría sobre los servicios regionales de salud, tampoco ha sido trasladada. Es más, un sindicato, según nuestras noticias, acaba de denunciar al Gobierno por no haber trasladado dicha directiva europea. Es decir, por una parte, mal va la negociación y, por otra, no trasladan ustedes la directiva.

A mí se me ocurre, señor subsecretario, que tienen ustedes que abordar desde la política de personal algunos otros problemas. Por ejemplo —y es la segunda vez que usted me lo oye—, los Mestos. Las previsiones que hacía este diputado en nombre de su grupo se han cumplido, las peores, y a este respecto incluso hay sentencias en que parece que el Ministerio está planteándose que la indemnización o indemnizaciones que tiene que pagar por el mal funcionamiento —dicho por un juzgado o juez— de alguna comisión nacional de especialidades pueden ser repercutidas a los miembros de la misma. Tienen ustedes ahí dos problemas: uno de personal y otro de interpretación de cómo están funcionando esas comisiones nacionales y las consecuencias de su actividad, entre comillas.

Podría usted haber empleado el tiempo en darnos algunos datos sobre todos los procesos que se derivan de la Ley de consolidación de empleo aprobada por esta comunidad autónoma. Con el estatuto marco usted

nos podría haber avanzado algo más, porque además lo conocemos todos y no vamos a hacer de esta sesión una especie de bambalina del secreto. Ustedes tienen un documento, se lo han dado a algunos agentes sociales, algunos agentes sociales se lo han contestado y les han planteado enmiendas, variaciones o propuestas, llámelas como quiera. Señor subsecretario, si lo sabemos todos, ¿por qué no hablamos de ello? ¿Sólo por mera táctica parlamentaria de dar una respuesta corta y luego ver qué se contesta? Pues puede ser táctica parlamentaria, pero difícilmente podrá entenderse como un sistema de colaboración o cooperación en esta Comisión por parte de ustedes.

Podría usted haber hablado de los problemas por los que no se ha trasladado la directiva europea. Podría usted hablar, por ejemplo, de los problemas que están teniendo determinados técnicos especialistas sanitarios en el Sistema Nacional de Salud.

Podría usted haber estado hablando de cuáles son los problemas nuevos que se van a generar con eso que podríamos llamar coloquialmente el espacio europeo de trabajadores porque ese es un problema que se nos va a venir encima. Tienen ustedes un problema con la formación continuada, que también forma parte de las políticas de personal, y tienen ustedes un problema claro, mostrado ya por parte de determinados consejeros, en el Consejo interterritorial. Tienen ustedes un problema con la carrera profesional. Puede que todo esto vaya en el estatuto marco, pues, díganoslo. No encontramos que en estos momentos, hablando de políticas de personal, haya un marco de negociación estatal del Sistema Nacional de Salud y de qué previsiones tiene el ministerio. ¿Qué va a pasar con las convocatorias MIR? Esta es una pregunta que le reitero. Yo soy de los damnificados de las respuestas por escrito del Ministerio de Sanidad. Ustedes han mandado a un diputado, no a mí, a la página web, en vez de dar la respuesta. Su respuesta viene a decir: búsquese usted la vida como pueda. Por tanto, me considero damnificado por ese tipo de respuestas que sólo podría entender de una manera. ¿Qué va a pasar con las estructuras del Ministerio de Sanidad y Consumo? Y no hablo ya del riesgo que tienen los altos cargos, que eso lo conocemos bastante, o de la habitual sustitución, de la cual incluso usted ha sido protagonista en los últimos meses en este Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por tanto, a mí me sale un decálogo: Los MESTO, consolidación de empleo, estatuto marco, directiva europea, técnicos especialistas, formación continuada, carrera profesional, marco de negociación estatal, estructura del ministerio, los MIR, etcétera. Estos son los problemas de personal que tiene que abordar el ministerio del cual usted es subsecretario y espero que no sea en la forma de aquella famosa orden ministerial de cobertura de puestos de empleo, que ya tuvimos ocasión de comentar aquí, que fue una especie de cha-

puza nacional. Se lo dije así y se lo reitero. Lo que le pide mi grupo es que, en vez de mandarnos a la página web, que tiene otra traducción, nos hable de los problemas y de la política de personal que piensa seguir el Ministerio de Sanidad y Consumo en lo que queda de legislatura, que es lo que supongo abarcará su responsabilidad y no sé si decir la de la señora ministra.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): En primer lugar, quiero manifestar que en la contestación a la pregunta hice mención a que mi intención era que la contestación fuera breve y que iba centrarme exclusivamente en los hitos básicos. Por supuesto que en la gestión del día a día hay multitud de temas y políticas que están en funcionamiento, como es el caso de los MESTO que usted ha mencionado, al que no he hecho referencia porque en la última ocasión que estuve aquí creo que di cumplida información; proceso que, por cierto, continúa dentro de lo previsto y lo manifestado en aquella intervención. Respecto al tema del estatuto marco, hace usted referencia a que en un Consejo interterritorial recientemente salieron del citado consejo una serie de consejeros debido a este tema. Le tengo que decir que esto no es así. Realmente el tema por el que se levantaron en su día fue precisamente por el tema de la formación continuada. Por lo que se refiere al anteproyecto de ley del estatuto marco, le puedo decir que se presentó en el Consejo interterritorial correspondiente al día 25 de enero de este año.

— **DEL SEÑOR FIDALGO FRANCISCO (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES A SU LLEGADA A ESPAÑA. (Número de expediente 181/001433)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la pregunta que figura con el número siete en el orden del día, formulada por el señor Fidalgo, que tiene la palabra.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Señorías, señor subsecretario, hace ahora un año debatíamos en esta misma Comisión una proposición no de ley del grupo que tengo el honor de representar para que se pusiesen en marcha de manera inmediata todas las medidas necesarias que garantizasen el estudio del estado de salud de todos los inmigrantes a su llegada a nuestro país y las acciones preventivas correspondientes, conforme a las funciones contempladas en sanidad exterior, alegando en aquel momento tanto razones de salud como razones humanitarias.

Después del debate que se produjo en aquel momento, todos los grupos apoyamos una enmienda

transaccional del propio Grupo Popular, que decía: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a seguir desarrollando las medidas recogidas en el Plan GRECO y las medidas que las distintas comunidades autónomas tengan señaladas, con el fin de que por parte de los servicios de sanidad exterior se adopten las medidas oportunas para garantizar la evaluación del estado de salud de los inmigrantes a su llegada a España. Quedaba clara, pues, la competencia de sanidad exterior y se recogía además el trasfondo presupuestario, aunque ya entonces se sembraba la duda por el propio Grupo Popular de su capacidad profética con respecto a la plasmación presupuestaria. Pues bien, ha pasado un año, los inmigrantes llegados crecen por miles y lo que en aquel momento ya era una preocupación de la sociedad española, en este momento es una preocupación fundamental. Se han aprobado además unos presupuestos y la nula capacidad profética del Grupo Popular ha quedado evidentemente demostrada.

De todas maneras, como está usted aquí, vamos a darle una oportunidad por una cuestión de duda metódica, no vaya a ser que la calidad de nuestras observaciones en los presupuestos y en lo que ha acontecido a lo largo de este año se asemeje a la de las previsiones que el Grupo Popular hacía en aquel momento. Por eso le vamos a formular una serie de preguntas concretas que nos gustaría que fuesen contestadas de la misma manera. ¿Nos puede decir cuántos programas se han puesto en marcha dedicados específicamente a este cometido, es decir, al de la evaluación del estado de salud de todos los inmigrantes a su llegada a España? ¿Cuántos de estos programas se han aplicado en Canarias y cuántos en Andalucía, por ejemplo, por ser comunidades en donde esta problemática es más palpable? ¿A cuántos inmigrantes se les ha evaluado su estado de salud a su llegada a España? ¿Qué partida presupuestaria del Plan GRECO, al que antes aludíamos en la transaccional, se ha destinado a tal efecto? ¿Cuántos inmigrantes han sido remitidos a su llegada a los servicios de salud? ¿Cuántos han recibido asistencia sanitaria por organizaciones solidarias y cuáles de éstas asumen esa tarea? ¿Qué dato nos puede dar el señor subsecretario sobre el número de inmigrantes atendidos en general en los servicios de salud en el año 2001? ¿Qué programas de investigación epidemiológica, por ejemplo, se han puesto en marcha desde la aprobación de la proposición no de ley a la que hemos aludido? Y ¿qué programas de formación para los propios profesionales del Sistema Nacional de Salud se han puesto en marcha a lo largo del año pasado?

Son preguntas muy concretas que me gustaría también que se contestaran de una manera concreta.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor presidente, señorías, como no podía ser de otra manera, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en cumplimiento de lo establecido en el Real Decreto 864/2001, de 20 de julio, por el que se aprueba el reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, garantiza los requisitos sanitarios establecidos en el Reglamento sanitario internacional.

Comprendo que esta contestación es muy genérica y que usted quiere respuestas mucho más concretas. Estoy desbordado con tantas preguntas concretas; me resulta imposible contestarle de manera exacta y concreta a las preguntas que me ha hecho en este preciso momento.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Siento, señor subsecretario, haberle desbordado, no era esa mi intención, sino aclarar una cuestión que nos preocupa, como es nuestra obligación, y que desde luego no ha sido satisfecha por su contestación. Espero que de alguna manera, y dado que en el «Diario de Sesiones» constan las preguntas, se nos remitan en su debida forma, por lo menos aquéllas que puedan ser contestadas.

De todas maneras le recuerdo aquí, una vez más, que el artículo 149 de la Constitución le confiere al Estado la competencia exclusiva en sanidad exterior, y los propios Presupuestos Generales del Estado fijan en su programa 413.C, de la Sección 26, Sanidad, el desarrollo de esa competencia en lo relativo a la coordinación general de salud pública y la precisión de diferentes funciones preventivas, epidemiológicas, de inspección, preparación, formación de personal y coordinación de los servicios periféricos de sanidad exterior. Sin embargo, no vemos en su contestación, y tampoco en los Presupuestos Generales del Estado para este año 2002, partidas específicas para esos cometidos. Por ejemplo, en la Sección 26, programa 413.C, correspondiente a sanidad exterior, no hay dotaciones presupuestarias extraordinarias ni específicas para este cometido.

Por si fuese poco, el día a día lo corrobora. Y ya que no ha contestado a nuestras preguntas, le diré que ayer mismo una de las más importantes organizaciones internacionales de defensa de los derechos humanos, a propósito de los menores inmigrantes hacinados en Melilla, denunciaba la precariedad de la asistencia sanitaria porque, al no existir de forma reglada, depende del voluntarismo individual. Eso es precisamente, señor subsecretario, lo que nos tememos y lo que nos preocupa, que el Gobierno está haciendo dejación de funciones y, lo que es muy grave, incumple una vez

más los mandatos parlamentarios. Está haciendo dejación de funciones porque, de alguna manera, está haciendo la vista gorda y esa competencia específica que es del Gobierno, a través de sanidad exterior, la continúan haciendo de manera absolutamente voluntarista las organizaciones solidarias que se mueven una y otra vez en esta reivindicación que, una vez más, no es atendida. Quería insistir en que a lo largo de esta mañana se nos está dando reiteradamente la misma respuesta. Da la impresión de que esta dejación de funciones no sólo se produce en esta cuestión sino que hay una dejación de funciones en aspectos generales por el propio Ministerio de Sanidad.

Yo les diría a los diputados del Grupo Popular que su Gobierno es tan poco de fiar como las predicciones que ustedes mismos hicieron hace un año.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señor Fidalgo, en atención a su interés por las cifras, así como por el tema de Melilla, cuya preocupación comparto, le voy a transmitir algunas cifras de la actividad que se está realizando en Melilla respecto a los inmigrantes.

En el centro de estancia temporal de inmigrantes, adscrito al Imsero, se efectúa la recogida de muestras que luego se analizan en el hospital comarcal. El número de analíticas que se ha realizado en estos últimos años, es el siguiente: en el año 1997, han sido 1.155, y en el año 2001, han sido 2.281. Simplemente para que vea la evolución. El número de radiografías que se han realizado a los inmigrantes ha sido 1.136 en el año 1999, y 1.937 en el año 2001. El coste en euros de este tipo de actuaciones fue de 157.520 en el año 1997 y 265.168 en el año 2001.

Respecto a los resultados epidemiológicos, le puedo decir que la detección de enfermedades infecto-contagiosas se ha mantenido dentro de los siguientes parámetros: la hepatitis B, en torno al 12,3 por ciento; la hepatitis C, en torno al 1,9 por ciento; el VIH, en torno al 3,4 por ciento; la lúes, en torno al 3,5 por ciento; la tuberculosis, en torno al 0,1 por ciento.

Respecto a las asistencias sanitarias al colectivo de inmigrantes en el propio hospital, le puedo dar una relación: en el año 1997, la actividad en urgencias fue de 872; estancias, 365; en consultas externas, 45; pruebas complementarias, 10. El coste total fue de 79.900 euros. En el año 2001, estamos hablando de 785 urgencias; 355 estancias; 61 en consultas externas y 22 pruebas complementarias. Estaríamos hablando de 122.068 euros. Es una pequeña muestra de la actividad que se está realizando en el día a día. **(El señor Fidalgo Francisco pide la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fidalgo, su tiempo ha terminado. No hay dúplica en este tema y lo sabe su señoría. (El señor Mingo Zapatero pide la palabra.)

Señor Mingo, ¿para qué solicita la palabra?

El señor **MINGO ZAPATERO**: Por distintas alusiones del Grupo Parlamentario Socialista en el turno de preguntas, en relación al Grupo Parlamentario Popular. Brevísimamente.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra por un minuto.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Quiero que conste en el «Diario de Sesiones» que no sé si de una manera voluntaria, quiero creer que no en base a la cortesía parlamentaria, los distintos diputados del Grupo Parlamentario Socialista en el turno de preguntas al compareciente, donde por reglamento nuestro grupo parlamentario no puede participar, hacen constantemente acusaciones a nuestro grupo que no tiene capacidad de defensa, aduciendo algunas afirmaciones contrarias a la realidad, no sólo a la realidad política sino a la realidad social. Por eso quiero que conste la protesta formal de nuestro grupo parlamentario en el «Diario de Sesiones» y le pido al Grupo Parlamentario Socialista, en aras a la cortesía parlamentaria y al habitual estilo de trabajo en el que se desarrolla esta Comisión que, por favor, obvie las reiteradas acusaciones al Grupo Parlamentario Popular en aquellas actuaciones en las que nuestro grupo no tiene la palabra y no puede defenderse.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fidalgo por un minuto, pero esta presidencia no ve motivo para abrir un debate.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Por la misma cortesía de la que estamos hablando, nuestro grupo no querría que se interpretasen como acusaciones. A lo mejor en la dialéctica puede haber alguna confusión o frases construidas de una manera no adecuada, pero no es una estrategia premeditada.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Mingo.

El señor **MINGO ZAPATERO**: Muchísimas gracias al Grupo Parlamentario Socialista .

— **DE LA SEÑORA PÉREZ DOMÍNGUEZ (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE REUNIONES O CONTACTOS ESTABLECIDOS CON LAS ASOCIACIONES DE AFECTADOS POR EL SÍNDROME DE POSPOLIOMELITIS PARA REALIZAR ACTUA-**

**CIONES DIVULGATIVAS SOBRE LAS SOLUCIONES A SU PROBLEMÁTICA. (Número de expediente 181/001445.)**

— **DE LA SEÑORA PÉREZ DOMÍNGUEZ (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE EL PLAN DE INFORMACIÓN/FORMACIÓN REALIZADO ENTRE EL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA SOBRE EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL SÍNDROME DE POSPOLIOMELITIS. (Número de expediente 181/001446.)**

— **DE LA SEÑORA PÉREZ DOMÍNGUEZ (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE ACTUACIONES PARA MEJORAR EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE POSPOLIOMELITIS. (Número de expediente 181/001447.)**

— **DE LA SEÑORA PÉREZ DOMÍNGUEZ (GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA), SOBRE ANÁLISIS REALIZADO SOBRE LA INCIDENCIA Y PROBLEMÁTICA DEL SÍNDROME DE POSPOLIOMELITIS. (Número de expediente 181/001448.)**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las preguntas que figuran en el orden del día con los números 10, 11, 12 y 13, que formula la señora Pérez Domínguez.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Buenas tardes ya, señor subsecretario, una vez más, y van más de tres en esta sesión. Hce ya más de un año, por unanimidad de todos los grupos, esta Comisión de Sanidad aprobó una iniciativa que presentó el Grupo Parlamentario Socialista para trabajar en torno a unos ciudadanos que se ven afectados, y de qué manera, por lo que se denomina síndrome pospolio. Hace ya más de un año de aquella iniciativa y, que sepamos, el Gobierno tampoco ha hecho nada en este tema. De ahí las cuatro preguntas que se formulan. Para no desbordarle las puse todas por escrito y espero que las pueda contestar.

Después de la iniciativa de este Parlamento —porque una vez que fue aprobada por todos, es una iniciativa de todos los grupos y de este Parlamento— respecto a los más de 300.000 españoles afectados de polio en su momento y que posiblemente en un alto porcentaje puedan verse afectados por el síndrome pospolio, la presidencia belga trasladó un comunicado a sus colegas, ministros de sanidad, con relación al mismo tema y con los mismos planteamientos. Para nosotros es importante conocer este tema, ya que viene a refrendar que no estábamos hablando de algo que no se sustanciara en la realidad, sino que se está dando, y no sólo en España. Quiero leerles el comunicado, que le llegó en su momento a nuestra ministra de Sanidad y que venía a incidir en lo que este Parlamento ya

había dicho que tenía que trabajar el ministerio y que, según nuestra información, no ha sido así. Decía el comunicado de la presidencia belga que se calcula que en Europa hay, al menos, un millón y medio de supervivientes de la polio. En nuestro país, les decía a SS.SS. hace un momento, hay más de 300.000. Los supervivientes de la polio, como en aquel momento manifestó este Parlamento, presentan algunas características muy notables, pues son personas con un alto nivel cultural y gran capacidad de trabajo. El número de años que han dedicado a estudios y a su nivel de empleo son los mismos que los de otros trabajadores sin discapacidades, y se ha comprobado que la tasa de empleo de los supervivientes de la polio no guarda relación con la gravedad de sus discapacidades. Es todo un honor para este colectivo. El 40 por ciento de los supervivientes presta horas extraordinarias, cuando otros con discapacidades no llegan ni al 30 por ciento. Es un colectivo al que no se puede acusar, por tanto, de querer escurrir el bulto y de estar planteando hoy problemas para solicitar una discapacidad, para solicitar una baja o para solicitar un tratamiento especial. Con independencia de la gravedad de la discapacidad derivada de la polio, estas personas han alcanzado posiciones de responsabilidad y, por tanto, no estamos hablando de un colectivo de discapacitados marginados.

Por desgracia, los supervivientes de la polio —decía la presidenta belga, del mismo modo que se dijo en este Parlamento— están viendo mermada ahora su capacidad para participar plenamente en la sociedad, y sobre todo en el lugar de trabajo. Al menos el 70 por ciento de los supervivientes de la polio parálitica y el 40 de los supervivientes de la polio no parálitica están desarrollando el síndrome pospolio: agotamiento, debilidad muscular, etcétera. La causa del síndrome es la utilización abusiva de ese cuerpo afectado por determinadas secuelas. Los supervivientes de la polio, que no reciben tratamiento actualmente —lo reconoce la presidencia belga— para su debilidad muscular, pueden perder cada año hasta el 7 por ciento de las neuronas motoras que les quedan. Las articulaciones están sufriendo daños tras décadas de esfuerzo excesivo. También las neuronas que activan el cerebro están fallando y causando por ello un agotamiento discapacitante. Con todo, el síndrome pospolio —señala— puede prevenirse y tratarse con terapias sencillas. Los supervivientes de la polio han de ser informados de que una estrategia de conservación aliviará la presión sobre las neuronas, músculos y articulaciones dañados por el virus de la polio y en muchos casos suspender la actividad antes de que aparezcan los síntomas. Por desgracia —señala la presidencia, como señala nuestra iniciativa—, la información sobre las causas y el tratamiento del síndrome no está llegando a los supervivientes de la polio ni a los profesionales de la sanidad europeos, entre ellos los españoles. Los supervivientes

de la polio necesitan los mismos servicios sanitarios y las mismas prestaciones médicas que los demás ciudadanos y algunas más, pues están perdiendo su capacidad para participar en la vida diaria y sus nervios se están muriendo.

Por ello, es muy deseable que se facilite sin demora —hace un año lo pedíamos nosotros, hace más de ocho meses la presidencia belga— información sobre el síndrome pospolio a los profesionales de la sanidad y a los supervivientes de la polio; tratamiento a los supervivientes de la polio para evitar que sus discapacidades aumente; y prestaciones por invalidez que han sido ya tratadas en este Parlamento en su correspondiente Comisión y aprobadas igualmente por todo los grupos. La presidenta belga quería llamar la atención de sus homólogos sobre este importante y delicado problema. El Parlamento lo hizo en su momento. ¿Qué ha hecho el ministerio en este año? Es lo que le pregunto y lo que se formula en las cuatro preguntas que están en el orden del día, señor subsecretario.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señoría, con sumo gusto paso a responder a sus preguntas.

Como es sabido y usted ha mencionado, esta Cámara aprobó el pasado 21 de junio una proposición no de ley en la que se instaba al Gobierno, en primer lugar, a analizar en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud la incidencia y problemática del síndrome de pospoliomielitis en nuestro país y, en consecuencia, diseñar y llevar a cabo las actuaciones que se consideren oportunas para su mejor diagnóstico y tratamiento. En segundo lugar, en función de los resultados de este análisis, a realizar un plan de información-formación entre el personal sanitario de atención primaria y especializada sobre la evidencia científica de este síndrome, las pautas de detección, diagnóstico y tratamiento. En tercer lugar, a estudiar, junto con las asociaciones de afectados legalmente constituidas, la conveniencia de llevar a cabo actuaciones divulgativas destinadas a facilitar a enfermos, familiares y profesionales sanitarios el conocimiento de esta enfermedad y las posibles soluciones a la específica problemática del colectivo de enfermos afectados.

Pues bien, señoría, de acuerdo con lo instado en esta proposición no de ley, se informó a la subcomisión de prestaciones del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el cual acordó en su reunión de 26 de noviembre de 2001 realizar un informe de evaluación, que se encargó a la Agencia de Evaluación Tecnológica del Instituto de Salud Carlos III, que contemplara los aspectos relacionados con el síndrome de pospoliomielitis, recogidos en la citada proposición no de ley.



En lo relativo a las reuniones o contactos mantenidos con las asociaciones de afectados, tengo que manifestar a S.S. que se llevarán a cabo en cuanto dispongamos del informe al que me acabo de referir, con objeto de poder intercambiar información y capacitar posibles acuerdos de colaboración con las mismas.

Por lo que se refiere al plan de formación realizado para el personal de atención primaria y especializada, debo decirle a S.S. que los facultativos de los centros del Sistema Nacional de Salud se encuentran en situación de ofrecer a los pacientes las pautas diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en cada caso. Los profesionales se encuentran al tanto de las novedades que puedan plantearse dentro de las distintas especialidades reconocidas por la comunidad científica y participan activamente en actividades de formación continuada. Ahora bien, el diseño de los programas específicos de formación es competencia de los distintos servicios de salud. En este sentido, cuando se aprobó la proposición no de ley, ya estaba realizado el diseño general de la formación continuada para el año 2001 en el territorio Insalud, puesto que se recogía en los contratos de gestión, que, como ustedes saben, se firman a principios de año. Con la culminación del proceso transferencial, serán las comunidades autónomas las que deberán incluir estos programas formativos específicos para el año 2002, y deseamos que así sea. El Insalud los incluirá, en cualquier caso, en sus contratos de gestión con las gerencias de Ceuta y Melilla.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Pérez Domínguez.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Señor subsecretario, la primera parte la ha dedicado usted a contarnos lo que esta Comisión ya conoce y esta diputada también, puesto que tuvo el honor de presentar la iniciativa en nombre de su grupo parlamentario. En cuanto a la segunda, me deja bastante mal. En los demás temas que se han tratado aquí a lo largo de la mañana, hemos visto que, como viene siendo habitual, el ministerio desempeña los trabajos de su competencia y los que este Parlamento le encarga en el uso de sus facultades con parsimonia —no sabría que otra palabra utilizar—.

Hay enfermos de polio, con el síndrome pospolio, que no pueden esperar un año a tener la información. Los médicos de este país no tienen información. En los últimos años y hasta la fecha, de todas las revistas y medios especializados de este país, sólo ha aparecido una carta al director en un medio concreto de un intensivista catalán del Hospital de la Diputación de Barcelona, diciendo: ¿cómo dicen ustedes que no existe esto, si existe y se está tratando? No se conoce. La realidad es que acaban en el sillón del psiquiatra —estamos en contacto todos los días con los afectados por este problema—, señor subsecretario; o acaban diciéndoles:

¿cómo quiere usted que no le duela la espalda, con lo que lleva encima?

Esto no es serio. Deben ustedes tomarse en serio lo que es un problema en este país de gente de carne y hueso, con nombres y apellidos. Son muchos los ciudadanos afectados, y no puede resolver el problema diciendo que se ha pedido un informe al Instituto de Salud Carlos III. No se ha hablado con las asociaciones de afectados. No costaba tanto trabajo haberse puesto en contacto con las asociaciones, que les han pedido entrevistas reiteradamente a lo largo del año. Creo que la semana que viene, precisamente, tendrán una entrevista con usted. Espero que conozca usted su agenda, puesto que ha tenido a bien recibirles, llevando poco tiempo en el ministerio, cuando se han puesto en contacto con usted.

No puede ser, señor subsecretario, que lleven tantísimo tiempo sin hacer absolutamente nada, y que les manden una revista hace justamente 10 días. Sabían que se iba a formular esta pregunta aquí, han visto el orden del día del Congreso, y les envían una revista para que vean que saben que existen. A continuación, les van a conceder una entrevista. Si la única manera de que funcione el ministerio y de que muestren algún interés por esos grupos es que vengamos a decirles que no están haciendo nada, descuide usted, que lo haremos continuamente, siempre y cuando podamos celebrar muchas más sesiones de estas. Cada día le preguntaremos por una de las cosas que ustedes no cumplen, a ver si así dan algún paso al frente.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO** (Menéndez Menéndez): Señoría, en primer lugar quiero decirle que la coincidencia de esta reunión en mi agenda no tiene nada que ver con esta intervención. Es más, agradezco que saque a colación la reunión, porque se celebra sencillamente a resultas de la sensibilidad que se tiene en el ministerio con este colectivo y con cualquier otro que quiera entablar conversaciones. Puedo decirle que este colectivo y cualquier otro tendrán siempre abiertas las puertas del ministerio y, por supuesto, de mi despacho.

Respecto al tema en cuestión, me dice usted que no podemos despacharlo diciendo que se ha encargado un informe. Como usted comprenderá, el informe del que estamos hablando no es un informe que se resuelva en una semana. Es un informe que requiere una revisión sistemática de acuerdo con la metodología de la medicina basada en la evidencia y que además exige que la agencia de evaluación se ponga en contacto con todas las agencias de evaluación de tecnología a nivel mundial. Es decir, es un tipo de informe que, en el mejor de los casos, nunca lleva menos de seis meses. Este infor-

me requiere, insisto, un esfuerzo que es el que en estos momentos se está realizando.

Eso es lo que le tengo que decir; si quiere usted podemos hacer un informe en dos días. Yo se lo hago, sobre este tema o sobre el que usted quiera, pero hacer una cosa como Dios manda requiere el tiempo correspondiente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor subsecretario. Recuerdo a los miembros de la Mesa y a los portavoces que tenemos una reunión muy corta pero en la que es imprescindible su presencia.

Se levanta la sesión.

**Eran las dos y cinco minutos de la tarde.**

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**